Niveau(x) d'enseignement: 7 Numéro EDUQ : 8470961
Centre d'intérêt: 875

Schmouth-Valois, Danielle.

Diagnostic infirmier : choix d'une classification, impacts pédagogiques / Danielle Schmouth-Valois, Vivianne Saba, Lina Rahal. -- Montréal : Collège Bois-de-Boulogne, 1984.
162 f. ; 28 cm.

Résumé au début du v. Code: 99-8052. Bibliogr.: [147]-162.

ISBN 2-550-07395-9

Descripteur(s): *Diagnostic *Techniques biologiques *Classification *Développement de programmes *Elaboration de programmes *Collégial (Niveau)

Identificateur(s) de nom: *Jones, P. E

Identificateur(s) de sujet: *Diagnostic infirmier *Techniques infirmières

Bien que la notion de diagnostic infirmier suscite beaucoup d'intérêt, son utilisation dans le programme de techniques infirmières est encore très peu développée. Le but de la présente recherche est d'élargir la méthode conceptuelle utilisée en soins infirmiers médicaux-chirurgicaux à l'ensemble du programme de techniques infirmières et de vérifier la pertinence de cette approche pour le diagnostic infirmier. Au niveau provincial, cette recherche permet de reviser le contenu du programme relié à la notion de "connaissance de la personne".

Le rapport se divise en deux grandes parties. La première contient l'état de la question sur la diagnostic infirmier et la méthodologie utilisée dans cette recherche: essentiellement des consultations tenues auprès d'enseignants du milieu et l'utilisation de multiples instruments pour concevoir l'organisation du contenu (éléments de Schmouth-Valois, classification de Jones, etc.) et pour choisir les diagnostics-clés en soins infirmiers. La deuxième partie présente les résultats obtenus: 1. mode d'organisation du contenu; 2. classification des diagnostics; 3. développement de diagnostics-clés; 4. analyse des problèmes prioritaires de santé.

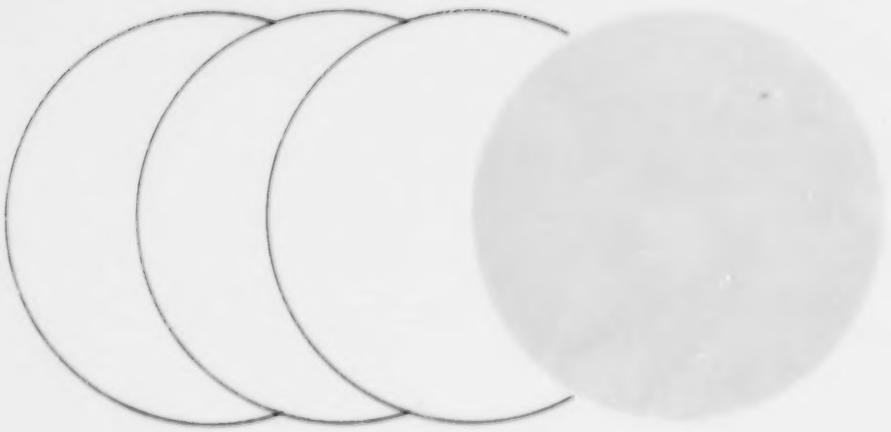
Quelques recommandations sont formulées relativement à l'application de trois aspects des résultats de cette recherche: 1. assurer une progression des apprentissage en trois étapes (vue d'ensemble de la condition explicite des soins infirmiers; étude des six diagnostics-clés; étude de situations particulières); 2. appliquer une méthode conceptuelle dans l'enseignement des soins infirmiers en assurant une plus grande participation de l'étudiante dans le processus d'apprentissage; 3. pour réduire les risques d'erreur dans le diagnostic, développer chez l'étudiante des habiletés particulières pour la cueillette et l'analyse des données.

Type de document: r
Financement: Bénéficiaire - Collège Bois-de-Boulogne
Organisme(s) source(s) - PROSIP
Programme(s) de subvention - MEQ-DGEC

FIN

EDUQ 8470961

College
de Bois-de-Boulogne



DIAGNOSTIC INFIRMIER

-CHOIX D'UNE CLASSIFICATION
-IMPACTS PÉDAGOGIQUES

Danielle Schmouth—Valois
Vivianne Saba
Lina Rahal

1984

99-8052

EDUQ 8470961

"L'approche systémique en éducation, consiste à revenir plusieurs fois, mais à des niveaux différents, sur ce qui doit être compris et assimilé. Elle aborde la matière enseignée par touches successives. En suivant un trajet en forme de spirale: on fait un premier tour de l'ensemble du sujet afin de le délimiter ... Puis on y revient plus en détail au risque de se répéter (Rosnay, 1975, p. 266)".

Dépôt légal - deuxième trimestre 1984
Bibliothèque nationale du Québec
I.S.B.N. 2-550-07395-9.

Cette recherche a été subventionnée par la Direction générale de l'enseignement collégial dans le cadre du programme de subventions à l'innovation pédagogique.

On peut obtenir des exemplaires supplémentaires de ce rapport de recherche auprès de la Direction générale ou de la Direction des Services pédagogiques du Collège, ou en s'adressant au:

Ministère de l'Education
Service de la recherche et du développement
Edifice "G" - 19e étage
1035, rue de la Chevrotière
Québec G1R 5A5

Tél.: (418) 643-6671

Résumé

Le but de cette recherche était d'élargir la méthode conceptuelle utilisée en soins infirmiers médico-chirurgicaux à l'ensemble du programme de techniques infirmières et de vérifier la pertinence de cette approche pour le diagnostic infirmier. Dans une perspective provinciale, cette recherche permettait de reviser le contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne".

Ainsi, nous avons élaboré un nouveau mode d'organisation pour ce contenu; nous avons choisi une classification de diagnostics infirmiers, celle de Jones, et avons proposé des grilles méthodologiques permettant de développer des diagnostics clés en soins infirmiers et d'analyser des problèmes prioritaires de santé.

Ces résultats doivent être envisagés dans une perspective dynamique où ils évolueront en fonction des expériences et des connaissances nouvelles reliées au diagnostic infirmier. Les modèles d'application présentés sont des points de départ pour alimenter la recherche, l'expérimentation et la réflexion.

Des travaux ultérieurs portant sur le processus du diagnostic infirmier et sur la notion de "problèmes cliniques" permettraient:

- de préciser le processus du diagnostic infirmier et de l'articuler avec une conception explicite en soins infirmiers (Orem, Henderson,...);
- de vérifier la pertinence des "problèmes cliniques" comme complément au diagnostic infirmier

Cette phrase de Joël de Rosnay illustre bien la perspective dynamique des résultats de cette recherche

> Dans la pensée actuelle influencée par l'approche systémique, la notion de fluide remplace celle de solide. Souplesse et adaptabilité remplacent rigidité et stabilité. La causalité devient circulaire et s'ouvre sur la finalité (Rosnay, J. de. Le macroscope. Paris, Seuil, 1975, p. 109).

Remerciements

Nous tenons à remercier très sincèrement et chaleureusement toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce projet de recherche.

En particulier nous tenons à exprimer notre reconnaissance à:

Madame Jacqueline Bouchard, conseillère pédagogique et répondante locale du projet, pour son oeil aiguisé à la recherche, son support matériel, affectif et intellectuel;

Madame Cécile Lambert, coordonnatrice du programme d'expérimentation en techniques infirmières, pour nous avoir permis d'accéder à une conception plus large du programme, pour sa précieuse critique et sa rigueur intellectuelle;

Monsieur André Campagna, Directeur des services éducatifs du Collège, pour son support, son enthousiasme et sa disponibilité;

Les professeurs de techniques infirmières des collèges de Limoilou, Saint-Félicien et Trois-Rivières, pour leurs commentaires judicieux aux différentes phases de la réalisation du projet;

Mesdames S. B.-Beaudry, F.Desgroseilliers, L. L.-Martimbeau, C. Larouche, M. Lesage, C. Ouimet, C. Rousseau et L. Surprenant, toutes professeures au collège de Bois-de-Boulogne, pour leurs critiques pertinentes et leur inconditionnel appui;

Madame Phyllis Jones, pour sa permission d'utiliser, de traduire et d'adapter sa classification de diagnostics infirmiers;

Monsieur Lionel Jean, professeur de français, pour la vérification des textes et sa compétence linguistique;

Madame Margot Phaneuf, pour sa participation à la traduction de la classification de Jones;

Monsieur Hubert Santoire, responsable des ressources matérielles et financières, pour l'assistance précieuse qu'il nous a accordée dans l'administration du budget de notre recherche;

Enfin, mesdames les secrétaires, et particulièrement, mesdames Louise Dionne et Carole Picard, pour la dactylographie et la mise en page de ce rapport.

TABLE DES MATIÈRES

Page

RÉSUMÉ

REMERCIEMENTS

INTRODUCTION 1

1. ÉTAT DE LA QUESTION ET MÉTHODOLOGIE 4

1.1 État de la question 4

1.1.1 Terminologie 5
1.1.2 Classification de diagnostics infirmiers 7

1.2 Méthodologie 11

1.2.1 Cadre méthodologique général 11

1.2.1.1 Consultations 11
1.2.1.2 Instruments 12

1.2.1.2.1 Première phase 12
1.2.1.2.2 Deuxième phase 13

1.2.2 Analyse spécifique 14

1.2.2.1 Première phase: Élaboration d'un mode d'organisation 14

1.2.2.1.1 Analyse de la démarche locale. 14
1.2.2.1.2 Analyse de la démarche provinciale 17

1.2.2.2 Deuxième phase: Élaboration des grilles méthodologiques 20

1.2.2.2.1 Pour le développement de diagnostics clés 20
1.2.2.2.2 Pour l'analyse des problèmes prioritaires de santé 21

2. RÉSULTATS 23

2.1 Mode d'organisation du contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne" 24

2.2 Classification de diagnostics infirmiers privilégiée. . . 26

2.3 Développement des diagnostics clés en soins infirmiers . . 47

2.3.1 Grille méthodologique 48

2.3.2 Modèles de développement 49

2.3.2.1 Anxiété 50
2.3.2.2 Douleur 60
2.3.2.3 Restriction de la mobilité 77
2.3.2.4 Altération de la perception sensorielle . 86
2.3.2.5 Chagrin 96
2.3.2.6 Altération de l'image de soi 109

2.4 Analyse des problèmes prioritaires de santé 119

2.4.1 Grille méthodologique 120

2.4.2 Modèles d'analyse 121

2.4.2.1 Le client présentant une réaction schizophrénique 121
2.4.2.2 Le client présentant une cirrhose du foie. 127

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 132

ANNEXES 137

Annexe I Liste des concepts relevant des niveaux local et provincial 138

Annexe II Critères de sélection des diagnostics clés en soins infirmiers 139

Annexe III Plan de développement Schmouth-Valois et al.(1981). 145

Annexe IV Plan de développement de Carpenito 146

BIBLIOGRAPHIE 147

Introduction

Les diagnostics infirmiers suscitent présentement beaucoup d'intérêt tant au Canada qu'aux Etats-Unis. Toutefois, leur utilisation dans un programme est encore très peu développée. Cette situation a constitué pour nous un grand et intéressant défi dans la réalisation de cette recherche qui s'inscrit dans une perspective locale et provinciale.

Localement, au collège de Bois-de-Boulogne, nous sommes engagés depuis 1979 dans une démarche de révision du programme en techniques infirmières. Plus précisément, en juin 1981, dans le cadre du Programme de subventions à l'innovation pédagogique de la direction générale de l'enseignement collégial (PROSIP), nous avons présenté un projet de recherche intitulé Développement et application d'une méthode conceptuelle dans l'enseignement des soins infirmiers médico-chirurgicaux*. Ce projet avait pour but de réduire l'écart existant entre l'enseignement clinique basé sur une conception explicite en soins infirmiers et l'enseignement théorique qui s'appuyait sur un modèle médical.

*Pour plus de détails consulter Schmouth-Valois et al. (1981)

But de la recherche

L'application de cette approche conceptuelle a permis au département de techniques infirmières du collège d'atteindre ce but dans l'enseignement d'une partie du programme seulement, soit celle se rapportant au cours "soins infirmiers médico-chirurgicaux" (180-601). Pour assurer plus de continuité et de cohérence dans l'ensemble de la formation en techniques infirmières, nous devons maintenant élargir cette approche conceptuelle pour rejoindre tous les cours du programme et vérifier la pertinence de l'approche pour le diagnostic infirmier. C'était l'objectif précis de cette recherche.

Limites de l'étude

Au niveau provincial, les plans d'études cadres proposent d'organiser le contenu du programme de techniques infirmières à partir de cinq fils conducteurs : la connaissance de la personne, la démarche en soins infirmiers, la communication, l'engagement professionnel et l'actualisation de soi. La méthodologie utilisée provincialement pour organiser le contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne" cause des difficultés. Aussi, à la demande de la coordonnatrice du programme d'expérimentation en techniques infirmières, nous avons articulé notre démarche locale avec la démarche provinciale. Notre recherche s'inscrit donc dans le cadre de ce nouveau programme et concerne précisément le fil conducteur "connaissance de la personne". Elle s'ajuste aux orientations des plans d'études cadres actuellement en expérimentation et vise la formation d'une infirmière[1] généraliste, l'approche globale de la personne et le continuum naissance-mort.

---

1. Seul le générique féminin sera utilisé tout au long de ce rapport, sans aucune discrimination et dans l'unique but d'alléger le texte.

Plan du rapport

Ce rapport final se divise en deux grandes parties. D'abord, nous présentons l'état de la question sur le diagnostic infirmier et la méthodologie utilisée au cours de cette recherche, soit: le cadre méthodologique général et l'analyse spécifique de notre démarche. Ensuite, nous indiquons les résultats obtenus, c'est-à-dire: le mode d'organisation pour le contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne", la classification de diagnostics infirmiers choisie, le développement de diagnostics clés en soins infirmiers et l'analyse des problèmes prioritaires de santé.

Finalement nous formulons certaines recommandations et perspectives de recherches qui permettront d'orienter la poursuite de ces travaux.

1. Etat de la question et méthodologie

1.1 ÉTAT DE LA QUESTION

La notion de "diagnostic infirmier", la classification de ces diagnostics de même que leur application ont préoccupé et continuent de préoccuper les personnes concernées par la recherche, l'enseignement et la pratique des soins infirmiers.

Nous nous en rendions compte encore très récemment, alors qu'en avril 1984 nous participions à la sixième conférence de l'Association nord-américaine sur les diagnostics infirmiers (NANDA)* qui se tenait à Saint-Louis, au Missouri. Cette conférence nous a permis de recueillir des informations à la fine pointe de l'évolution du diagnostic infirmier.

* *North American Nursing Diagnosis Association*

Dans cette partie du rapport, nous présentons quelques auteurs qui ont défini le diagnostic infirmier, les différentes classifications de diagnostics, de même que leur utilisation dans la pratique et la formation en soins infirmiers.

1.1.1 Terminologie

Le terme "diagnostic infirmier" a été introduit par V. Fry en 1953. Il avait alors pour but de décrire une étape indispensable dans le processus de la démarche de soins. Par la suite, le terme fut utilisé très sporadiquement dans la littérature scientifique. Cependant, en 1973, la tenue de la première conférence américaine pour la classification des diagnostics infirmiers eut pour effet d'augmenter l'intérêt pour ce sujet. C'est à ce moment qu'ont émergé plusieurs définitions différentes du diagnostic infirmier.

Une revue de la documentation sur le sujet révèle alors une certaine ambiguïté dans l'utilisation du terme "diagnostic infirmier". Des auteurs, comme Schoemaker*, Berchir et Gebbie* l'utilisent pour décrire le processus du diagnostic. D'autres s'en servent davantage pour décrire le résultat du processus et le définissent comme une réponse de l'individu ou l'énoncé d'un problème ou la description de l'état de santé d'un client (Moritz*, Carpenito, Mundinger et Jauron*). Voici à titre d'exemples deux définitions illustrant cette double utilisation du terme:

* *Dans Kim et al. (Pocket Guide, 1984)*
* *Dans Carpenito (1983, p. 4)*

* *Dans Carpenito (1983, p. 4)*
* *Dans Mundinger (1975, n° 2)*

- selon Gebbie, un diagnostic infirmier est un jugement clinique ou une conclusion qui résulte de l'évaluation d'une situation;

- selon Moritz, un diagnostic infirmier est une réponse de l'individu à un problème de santé actuel ou potentiel, que l'infirmière en raison de son expérience et de sa formation a l'autorisation et la responsabilité de traiter.

Gordon fait ressortir cette double utilisation du terme et tente d'amener d'autres précisions terminologiques. Ainsi, elle précise que le diagnostic infirmier est un concept-diagnostic, c'est-à-dire une représentation mentale d'un ensemble d'observations et les interrelations de ces dernières, dans le but d'identifier un problème. Lorsque ce problème représente une division dans un système de classification, elle parle de catégorie* de diagnostics infirmiers.

* *Lors de notre participation à la 6e conférence, nous avons constaté qu'il existe une certaine difficulté à différencier les termes "concept-diagnostic" et "catégorie de diagnostics"*

Pour les fins de cette étude, nous utiliserons: [1]

- **le terme *diagnostic infirmier* afin d'éviter toute ambiguïté avec les termes "concept diagnostic" et "catégorie de diagnostics;**

- **une définition du diagnostic infirmier orienté sur le résultat du processus: le diagnostic infirmier* étant alors considéré comme *l'énoncé qui décrit l'état de santé du client ou un problème actuel ou potentiel que l'infirmière en raison de sa formation et de son expérience a l'autorisation et la responsabilité de traiter.***

* *Définition inspirée de Gordon (1982); Carpenito (1983)*

La formulation de cet énoncé peut comporter deux ou trois parties. Plusieurs auteurs, dont Gordon, nous proposent un énoncé en trois parties, soit: l'identification du problème actuel ou potentiel (P), les facteurs d'étiologie qui contribuent au problème (E), les signes et symptômes correspondants (S). D'autres, dont Mundinger, Jauron et Carpenito, nous suggèrent un énoncé en deux parties, soit: le problème (P) et les facteurs d'étiologie (E).

---

1. Les parties ombragées par Letratone veulent mettre en relief les différents choix faits par les promoteurs de ce projet, choix qui auront un impact sur la réalisati et les résultats de cette recherche.

Pour les fins de cette étude, nous adoptons une formulation en deux parties: cette structure représentant un niveau moindre de complexité pour identifier un diagnostic infirmier. Voici à titre d'exemple, un énoncé formulé en deux parties:

Problème + facteur d'étiologie

L'anxiété reliée à la douleur.

Nous ne développerons pas davantage l'état de la question sur le processus du diagnostic, puisque ce dernier ne constitue pas l'objectif principal de notre étude. Il faut cependant le considérer comme partie intégrante de la démarche de soins.

Toutefois, il nous apparaît intéressant de suggérer au lecteur une équation* qui illustre bien le processus du diagnostic:

Observations + connaissances = diagnostic infirmier

* *Inspirée de Lamonica (1979)*

1.1.2 Classification de diagnostics infirmiers

La première conférence sur les diagnostics infirmiers, tenue en 1973*, a donné naissance à un groupe national pour la classification des diagnostics infirmiers, appelé aujourd'hui la NANDA. Ce groupe est composé d'infirmières américaines et canadiennes provenant de milieux cliniques, de la recherche et de l'éducation. Il a effectué six rencontres de 1973 à 1984 et dressé une liste de diagnostics infirmiers inscrits dans l'ordre alphabétique. En 1982, la liste révisée comportait 50 diagnostics infirmiers avec leurs signes et leurs symptômes correspondants. Initialement, cette classification a été élaborée

* *A Saint-Louis, au Missouri*

à partir d'une approche inductive: les participants ont identifié les diagnostics infirmiers en fonction de leurs expériences respectives et d'un relevé de la documentation. Parallèlement aux travaux du groupe, plusieurs auteurs, dont Gordon et Campbell, ont regroupé les diagnostics infirmiers sous différents thèmes (patterns) plutôt que de les présenter dans l'ordre alphabétique. A la cinquième conférence, un groupe de 14 théoriciennes* ont bâti le cadre conceptuel de "l'homme unitaire" (Unitary Man) pour articuler les diagnostics infirmiers.

* *Citons Orem, Gordon, Roy et Rodgers*

Présentement, plusieurs recherches* tentent de valider ces diagnostics infirmiers. A titre d'exemple, citons les travaux de Richard J. Febring qui propose une formule mathématique à cet effet. Plusieurs autres travaux portent sur des diagnostics spécifiques*, leurs modes d'implantation dans les différents milieux cliniques et leur intégration dans des systèmes informatisés ...

* *Ces informations ont été recueillies lors de notre participation à la 6e conférence*

* *Exemple: l'anxiété*

Au Canada, des recherches ont été effectuées à l'université McGill et à l'université de Toronto. A l'université McGill, les auteurs Allen, Frasure-Smith, Gottlieb ont élaboré, en septembre 1980, un système de classification pour les problèmes reliés à la santé communautaire. A l'université de Toronto, de 1976 à 1982, Jones* a réalisé un projet en trois phases. Il en est résulté une liste de 71 diagnostics infirmiers qui ont été validés à partir d'un échantillonnage de 147 infirmières et de 427 clients. Signalons que les infirmières travaillaient en majorité dans un hôpital général et que les clients sélectionnés se retrouvaient surtout dans des unités de médecine, de soins à long terme et de soins psychiatriques. Les diagnostics infirmiers sont présentés dans l'ordre alphabétique et bon nombre d'entre eux figurent dans la liste révisée de la quatrième conférence.

* *En collaboration avec D.F. Jacob: The Definition of Nursing Diagnostics (1982)*

Dans cette recherche, nous utilisons, pour les raisons suivantes, la *classification de Jones et Jacob*:

- **les diagnostics infirmiers sont présentés dans l'ordre alphabétique, ce qui rend cette liste plus facilement utilisable avec les différentes conceptions en soins infirmiers (Orem, Henderson, Roy, Rogers, Roper, Meleis, et autres;**

- **la liste que les auteurs nous présentent a été validée par la recherche approfondie et relativement récente signalée plus haut;**

- **les conditions de l'expérimentation correspondent aux milieux cliniques dans lesquels notre infirmière généraliste est appelée à travailler.**

Dans le but d'utiliser adéquatement la classification que nous avons privilégiée, il importe de situer le diagnostic infirmier en regard des fonctions de l'infirmière.

Fonctions de l'infirmière

La pratique des soins infirmiers implique en effet des fonctions autonomes et des fonctions de collaboration avec les autres professionnels de la santé. Initialement, les classifications avaient pour but de délimiter le champ d'activités spécifiques à la profession infirmière. Ainsi, comme le mentionnent Gordon, Mundinger et Jauron, les diagnostics infirmiers ne décrivent pas toute la pratique des soins infirmiers, mais guident les actes infirmiers autonomes. Suite aux propos de Kim à la sixième conférence, nous pouvons affirmer que le diagnostic infirmier tend à guider non seulement les fonctions autonomes, mais aussi les fonctions de collaboration de l'infirmière. A ce sujet, Carpenito propose

une solution de compromis. Elle suggère l'identification de diagnostics infirmiers qui orientent surtout les fonctions autonomes et l'identification de problèmes cliniques* qui orientent les fonctions de collaboration.

*Voici un exemple de problème clinique: le risque d'hypoglycémie chez un diabétique

Pour les fins de cette étude, nous allons considérer que *le diagnostic infirmier oriente les fonctions autonomes et les fonctions de collaboration*, parce que la notion de problème clinique est insuffisamment développée par l'auteur et que l'arrivée tardive de cette nouvelle donnée (avril 1984) rend son application difficile dans la présente recherche.

Aux Etats-Unis, les diagnostics infirmiers sont largement utilisés dans la pratique des soins infirmiers, que ce soit dans le secteur hospitalier ou en santé communautaire. L'Association des infirmières américaines (ANA) a même présenté en 1980 une nouvelle définition des soins infirmiers où elle reconnaît le diagnostic comme une fonction de l'infirmière. Cependant, au niveau de l'organisation d'un contenu à l'intérieur d'un programme, nous réalisons que l'usage des diagnostics infirmiers est encore peu répandu et que la méthodologie proposée*, se rattachant à une conception explicite des soins infirmiers, est difficilement transférable à notre programme provincial.

* *A la 6e conférence, Marita G. Tittler d'Iowa présente une méthodologie à partir du cadre conceptuel de "l'homme unitaire"*

Ces précisions sur le contexte théorique et professionnel de notre sujet d'étude étant faites, nous insisterons dans le prochain chapitre, sur l'aspect méthodologique de cette recherche.

1.2 MÉTHODOLOGIE

Cette recherche a été réalisée en deux phases successives: l'élaboration d'un nouveau modèle d'organisation du contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne" et l'élaboration de grilles méthodologiques pour le développement des diagnostics clés en soins infirmiers et l'analyse des problèmes prioritaires de santé.

Nous présentons d'abord le cadre méthodologique général, puis l'analyse spécifique de cette recherche.

1.2.1 Cadre méthodologique général

Le cadre méthodologique général donne au lecteur une vue d'ensemble des consultations et instruments qui ont permis la réalisation de la recherche et conduit aux résultats obtenus.

1.2.1.1 Consultations

Tout au long de notre recherche, plus particulièrement dans la première phase, nous avons travaillé en étroite collaboration avec madame Cécile Lambert, coordonnatrice du programme d'expérimentation en techniques infirmières. En outre, des rencontres avec des collègues du cégep de Bois-de-Boulogne et des professeurs des collèges* qui expérimentent le nouveau programme de techniques infirmières nous ont permis de rajuster le mode d'organisation du contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne" et de valider les résultats de cette recherche.

* *Collèges de Limoilou, Saint-Félicien, Trois-Rivières*

1.2.1.2 Instruments

Les instruments qui ont servi à l'élaboration de ce travail sont présentés à partir des deux phases de la recherche.

1.2.1.2.1 *Instruments utilisés pour l'élaboration d'un nouveau mode d'organisation du contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne" (première phase).*

- Pour l'analyse du contenu au niveau local et provincial, nous avons utilisé:

  . les éléments méthodologiques de Schmouth-Valois et al. (1981) basée sur la démarche de Kissinger et al. pour le choix des concepts et sur la démarche d'analyse de Carnevali pour la validation de ce choix*;

  . la liste des concepts relevant du niveau local et du niveau provincial présentée en Annexe I;

  . les documents pédagogiques du collège de Bois-de-Boulogne, soit les plans de cours et les cahiers-maison des cours 180-501 et 180-601*;

  . les devis pédagogiques des collèges qui expérimentent le nouveau programme de techniques infirmières (180.01).

* *Se référer à* Développement et application d'une méthode conceptuelle dans l'enseignement des soins infirmiers médico-chirurgicaux, *p. 7-11*

* *Soins infirmiers psychiatriques (180-501); soins infirmiers médico-chirurgicaux (180-601)*

- Pour le choix des diagnostics clés en soins infirmiers, nous avons utilisé la classification de Jones*. Les diagnostics clés ont été sélectionnés d'après les critères suivants:

  . leur fréquence en regard des problèmes prioritaires de santé;

  . leur possibilité de développement.

* *Tous les diagnostics infirmiers de Jones étudiés d'après les critères qui suivent apparaissent en annexe II*

- Pour le choix des problèmes prioritaires de santé, nous suggérons d'utiliser le document Des problèmes prioritaires. La maladie à tous les âges de la vie, publié en 1983 par le gouvernement du Québec, dans la collection La Santé des Québécois*. Les problèmes de santé, tels qu'ils sont analysés dans la partie des résultats, fourniront des exemples d'application.

* *On trouve également dans la même série: Durée ou qualité de vie. Des victoires sur la mort. Les coûts de la maladie*

1.2.1.2.2 *Instruments utilisés pour l'élaboration des grilles méthodologiques (Deuxième phase).*

- Pour le développement des diagnostics clés en soins infirmiers, nous avons utilisé:

  . le plan de Schmouth-Valois et al. inspiré de Carnevali*;

  . le plan de Carpenito*;

  . un feedback d'experts recueilli auprès d'un groupe de professeurs du collège de Bois-de-Boulogne à partir d'une grille de lecture composée des questions suivantes:

  Est-ce que les idées sont exprimées clairement? Y a-t-il des ambiguïtés?

  Entrevoyez-vous des ajouts dans le développement de ce concept?

  Est-ce que la disposition du texte favorise la compréhension?

  Auriez-vous des suggestions à apporter?

* Voir annexe III

* Voir annexe IV

- Pour l'analyse des problèmes prioritaires de santé nous nous sommes servies de la méthodologie utilisée en "soins infirmiers médico-chirurgicaux" (180-601)*.

* *Des précisions seront fournies dans l'analyse spécifique de la recherche*

1.2.2 Analyse spécifique de la recherche

Cette partie traitant de l'analyse spécifique de la recherche fait ressortir les principaux éléments théoriques et pratiques du contexte expérimental ainsi que le cheminement qui ont généré les choix précis des chercheures, de même que les résultats obtenus lors de la première et de la deuxième phase du projet.

1.2.2.1 Elaboration d'un nouveau mode d'organisation pour le contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne" (première phase).

Les principaux éléments qui ont permis de réaliser la première phase de ce projet viennent de l'analyse locale et de l'analyse provinciale du contenu de cours et sont les suivants:

1.2.2.1.1 *Analyse de la démarche locale*

Cette analyse porte spécifiquement sur le contenu et le mode d'organisation des cours "Soins infirmiers psychiatriques" (180-501) et "Soins infirmiers médico-chirurgicaux" (180-601).

- Pour l'analyse du *contenu* nous avons revu la démarche privilégiée en soins infirmiers psychiatriques et les éléments méthodologiques utilisés par Schmouth-Valois et al. (1981) en soins infirmiers médico-chirurgicaux; nous avons vérifié la pertinence des concepts utilisés localement avec les classifications de diagnostics infirmiers et avons dégagé le niveau de ces concepts à partir de la démarche d'analyse de Carnevali*.

Contenu

* *Se référer à Schmouth-Valois (1981, p. 9-10)*

Les concepts privilégiés en soins infirmiers psychiatriques ont été identifiés en 1974 à partir de la réalité des soins infirmiers, plus précisément à partir de l'analyse des comportements les plus fréquemment observés en milieux cliniques.

En nous inspirant de Kissinger et al., nous avons identifié les concepts choisis en soins infirmiers médico-chirurgicaux à partir de la question: "Quels soins donne-t-on aux clients en soins infirmiers médico-chirurgicaux?" Cette question rejoignait sensiblement la démarche utilisée en soins infirmiers psychiatriques. La différence résidait dans le fait que les concepts privilégiés en soins infirmiers médico-chirurgicaux avaient été validés à partir de la démarche d'analyse de Carnevali. Compte tenu des résultats favorables obtenus depuis l'application de l'approche conceptuelle pour l'enseignement des soins infirmiers médico-chirurgicaux, nous constatons que les éléments méthodologiques privilégiés pour le choix et l'analyse des concepts étaient facilement transférables en psychiatrie, en pédiatrie et en obstétrique; et qu'ainsi nous pouvions élargir cette approche conceptuelle à l'ensemble du programme.

Cependant, en vérifiant la pertinence de ces concepts avec les classifications de diagnostics infirmiers, nous constatons que la nomenclature utilisée est différente de celle retrouvée dans les classifications actuelles. En effet, les concepts acuité, chronicité, réadaptation, envahissement (180-601) et les concepts amour de soi, suicide, retrait (180-501) ne sont pas des diagnostics infirmiers. Cependant, les concepts déséquilibre hydro-électrolytique, modification de l'image corporelle, immobilité (180-601) et les concepts

perte, agression, dépendance (180-501) rejoignent davantage des diagnostics infirmiers porpres à une classification. Allons-nous conserver cette dichotomie? Faut-il partir des diagnostics infirmiers?

Pour dégager le niveau de ces concepts nous avons révisé la démarche d'analyse de Carnevali et constaté qu'elle ne pouvait être utilisée intégralement pour un ensemble de concepts. Nous retenons donc seulement la première étape proposée qui consiste à déterminer les propriétés communes permettant d'identifier un concept, en l'occurence, pour nous, un ensemble de concepts.

Pour ce faire, nous avons revu les définitions de chacun des concepts et nous avons analysé ces derniers à partir du vécu du client et de la réalité des soins infirmiers.

Nous avons constaté que:

- ces concepts se réfèrent à des états, des processus, des actions, des phénomènes et des événements;
- onze concepts sur treize réflètent des problèmes reliés au vécu du client (la réadaptation et l'amour de soi étant moins sélectifs par rapport au vécu);
- tous ces concepts sont reliés à la réalité des soins infirmiers.

Cette analyse du contenu permet de comprendre qu'en dépit de certaines propriétés communes, nous avions des concepts de niveaux différents et qu'il faudrait arriver éventuellement à un regroupement.

Dans le but de permettre au lecteur de suivre chronologiquement notre cheminement, nous traiterons de ces niveaux après l'analyse de la démarche provinciale.

Mode d'organisation

- *Pour l'analyse du mode d'organisation*, nous avons revu toute la structure des cours en médecine-chirurgie et en psychiatrie. Le cours "soins infirmiers médico-chirurgicaux" présente d'abord l'étude des concepts avec une ou deux situations pour illustrer chacun des concepts, puis l'étude de situations d'intégration pour illustrer l'ensemble de ces concepts. Cette structure met l'emphase sur les situations: les concepts servant de point de départ pour l'élaboration du contenu. Elle se réfère à une approche circulaire puisqu'elle permet de dégager les interrelations entre les concepts étudiés, par le biais des situations d'intégration.

  En psychiatrie, par ailleurs, les concepts sont les principales charnières du cours, les situations étant intégrées dans le développement du concept. Une tentative d'interrelation entre les concepts est alors dégagée à l'intérieur des différents blocs du cours.

1.2.2.1.2 *Analyse de la démarche provinciale*

L'analyse de la démarche provinciale permet de constater que la conception explicite des soins infirmiers est la principale charnière pour l'organisation du contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne". Les huit concepts privilégiés* au point de départ dans la démarche provinciale ont été délaissés, à cause de la difficulté de les articuler avec des situations complexes*.

* *Voir annexe I*

* *Exemple: la situation du diabète*

Par la suite, des problèmes de dépendance ont été identifiés dans les cégeps expérimentant le nouveau programme à partir des perturbations reliées aux 14 besoins fondamentaux. Pour chacun des problèmes de dépendance, les

professeurs ont dégagé la définition, les causes et les situations où l'on retrouve cette dépendance. Le fait de partir uniquement de la conception explicite des soins infirmiers a eu pour conséquence de cacher la maladie derrière ces problèmes de dépendance.

De plus, le croisement exclusif "concept-situation" a donné place à des associations douteuses*. Ce mode d'organisation linéaire semble peu représentatif de la réalité des soins infirmiers.

* *Exemple: nausées-cirrhose du foie*

Cette analyse de la démarche locale et provinciale a été mise en lumière en décembre 1983, lors d'une rencontre avec la coordonnatrice du programme d'expérimentation en techniques infirmières et de deux professeurs du collège de Limoilou. C'est alors que nous avons assisté à un point tournant de cette recherche, soit la première version du mode d'organisation du contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne"* qui suit:

* *La version finale de ce mode d'organisation figure dans la partie des résultats obtenus*

- connaissance de la personne à partir d'une conception explicite des soins infirmiers* qui ne devient plus la seule charnière mais une dimension du contenu;

* *Cette partie ne présente pas de difficulté dans l'application*

- connaissance des concepts rattachés au service d'aide que l'infirmière doit procurer pour assurer la promotion et le recouvrement de la santé;

- connaissance des problèmes prioritaires de santé* où se fera l'intégration des concepts étudiés au préalable.

* *Ce qui correspond aux situations*

Ce nouveau mode d'organisation du contenu s'est avéré une solution à la problématique provinciale. Cependant, il fallait considérer aussi les différents niveaux de concepts et la nécessité d'en arriver à un regroupement de ces derniers.

Niveaux

Devant l'impératif de permettre à l'étudiante de nommer et d'identifier un diagnostic infirmier dans le processus de la démarche de soins, il nous est apparu nécessaire de dégager un premier niveau de concepts qui représentait certains diagnostics infirmiers. Comme il devenait impossible d'enseigner les 71 diagnostics relevés dans la classification de Jones, nous en avons choisi six, à partir des critères mentionnés dans le cadre méthodologique général. Ainsi nous avons retenu l'anxiété, la douleur, la restriction de la mobilité, l'altération de la perception sensorielle, le chagrin et l'altération de l'image de soi. Nous les appelons des *diagnostics clés en soins infirmiers*.

Pour ce qui est des autres concepts utilisés en soins infirmiers médico-chirurgicaux et en soins infirmiers psychiatriques, nous avons envisagé de traiter leur contenu de la façon suivante:

- *envahissement*, *déséquilibre hydro-électrolytique* et *suicide* pourraient être étudiés par le biais des problèmes prioritaires de santé;

- *amour de soi* pourrait être intégré à la dynamique du diagnostic clé altération de l'image de soi;

- *perte* pourrait être vue dans la dynamique du diagnostique clé chagrin;

- *dépendance* et *agression* pourraient être étudiées dans la dynamique du diagnostic clé anxiété.

Ainsi nous retenons l'acuité, la chronicité, la réadaptation comme variables en regard des problèmes prioritaires de santé. Le nouveau mode d'organisation du contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne" figure dans les résultats obtenus.

1.2.2.2 Elaboration des grilles méthodologiques (deuxième phase)

Il y a lieu de mentionner ici les ajustements qui nous ont conduit à l'élaboration de grilles méthodologiques pour le développement des diagnostics clés en soins infirmiers et l'analyse des problèmes prioritaires de santé.

1.2.2.2.1 *Grille méthodologique pour le développement des diagnostics clés en soins infirmiers*

En nous inspirant de Carnevali et de Carpenito, nous avons modifié les étapes du plan de développement utilisé par Schmouth-Valois et al. (1981)* de la façon suivante:

* *Voir annexe III*

- l'étape situations et populations à risque a été intégrée aux facteurs d'étiologie pour éviter la duplication;

- les manifestations ne sont plus reliées à des sous-concepts, mais au diagnostic clé parce que la notion de sous-concepts, telle qu'elle est envisagée dans le projet initial n'apparaît plus pertinente pour le développement d'un diagnostic infirmier; ces sous-concepts représentent une certaine duplication avec d'autres diagnostics infirmiers relevés dans les classifications;

- les exigences d'auto-soins thérapeutiques ont donc été éliminées et ont été remplacées par les objectifs généraux, parce que ces termes "exigences d'auto-soins" étaient trop spécifiques à une conception explicite des soins infirmiers: cette étape a été intégrée à la planification des soins;

- l'étape évaluation a été éliminée parce que plusieurs critères d'évaluation ont déjà été intégrés aux interventions de l'infirmière.

1.2.2.2.2 *Grille méthodologique pour l'analyse des problèmes prioritaires de santé*

La grille méthodologique pour l'analyse d'un problème prioritaire de santé a été conçue à partir de l'enseignement des situations d'intégration en soins infirmiers médico-chirurgicaux. Ces situations étaient présentées en deux phases:

- la perspective médicale où l'on dégageait sous forme schématisée une vue d'ensemble de la physio-pathologie;

- la perspective infirmière où l'on reprenait les étapes de la démarche de soins: les connaissances reliées aux concepts et à la physio-pathologie servant de cadre de référence pour analyser les données et conduire à l'identification d'un problème chez un client.

Compte tenu de cette expérience pratique d'enseignement et de la présente démarche sur le diagnostic infirmier, nous avons effectué les modifications suivantes:

- l'expression *perspective médicale* a été remplacée par celle de *aspect clinique*, parce que celle-ci se réfère à la terminologie retrouvée dans Spence et Mason*; ce qui assure une plus grande continuité au niveau de l'apprentissage d'une discipline à l'autre;

- la perspective *soins infirmiers* comporte maintenant deux parties: les diagnostics infirmiers et les variables;

- l'étape *problème connexe* a été ajoutée pour permettre l'acquisition de connaissances complémentaires aux situations présentées.

Les grilles méthodologiques proposées pour le développement des diagnostics clés et l'analyse des problèmes prioritaires de santé figurent dans la partie des résultats.

* *Manuel utilisé en biologie par nos étudiantes*

2. Résultats

Dans cette deuxième partie du rapport final, nous présentons les résultats de notre recherche: le mode d'organisation du contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne", la classification de diagnostics infirmiers choisie, le développement des diagnostics clés en soins infirmiers et l'analyse des problèmes prioritaires de santé.

La présentation de ces résultats s'inscrit dans la perspective provinciale du nouveau programme cadre actuellement en expérimentation. Aussi, l'encadrement proposé est souple et donc facilement adaptable dans les différents collèges du réseau pour l'enseignement des soins infirmiers.

2.1 MODE D'ORGANISATION DU CONTENU RELIÉ AU FIL CONDUCTEUR "CONNAISSANCE DE LA PERSONNE"

CONNAISSANCE DE LA PERSONNE

- BUT: connaître la personne en vue de rendre un service d'aide qui reflète la promotion et le recouvrement de la santé
  - . à des individus
  - . dans des situations courantes
  - . à tous les âges de la vie

- ÉLÉMENTS DU CONTENU

  . **CONCEPTION EXPLICITE DES SOINS INFIRMIERS***

  But: fournir un cadre de référence pour recueillir l'information en vue du diagnostic et de la planification des soins infirmiers

  . **DIAGNOSTICS CLÉS EN SOINS INFIRMIERS** relevés dans la classification de Jones: anxiété, douleur, restriction de la mobilité, altération de la perception sensorielle, chagrin, altération de l'image de soi

  But: fournir les moyens pour diagnostiquer et intervenir

  . **PROBLÈMES PRIORITAIRES DE SANTÉ** et variables en regard de ces problèmes

  But: favoriser l'intégration de la conception explicite des soins infirmiers et des diagnostics infirmiers par l'étude des situations prioritaires choisies et les développer en tenant compte des fonctions autonomes et des fonctions de collaboration de l'infirmière.

* *Cette partie est développée présentement dans les plans d'études cadres et reliée à des événements (ex. la mort) et à des périodes de croissance et de développement*

2.2 CLASSIFICATION DE DIAGNOSTICS INFIRMIERS

Dans cette partie du rapport final, les auteures présentent la classification des diagnostics infirmiers avec leur définition et leurs facteurs d'étiologie propres.

Cette classification a été traduite et adaptée avec la permission de madame Phyllis Jones qui, dans une lettre adressée à madame Cécile Lambert, coordonnatrice de l'expérimentation du programme de soins infirmiers, le 12 mars 1984, précisait entre autres : "I am glad to confirm permission to translate into French the List of Nursing Diagnoses 1982, providing the original source is acknowledged. It is very important that work continue on the refinement and development of the terms so I am eager to know of the use made of the List".

Cette version française tend à respecter le plus fidèlement possible la classification de Jones, cependant quelques difficultés rencontrées lors de la traduction devraient inciter à une certaine vigilance dans son utilisation.

Cette classification s'avère un outil précieux pour la pratique et l'enseignement des soins infirmiers, mais elle devra être constamment révisée et complétée, comme le souhaite d'ailleurs madame Jones, afin d'en assurer la mise à jour (qui n'était pas l'objet de la présente recherche).

CLASSIFICATION DES DIAGNOSTICS INFIRMIERS

Phyllis Jones

Les termes suivants doivent être utilisés en conjonction avec des modificateurs qui précisent l'existence, la durée ou l'intensité (i.e. potentiel ou risque, actuel ou possible, léger, modéré, intense, aigu, en progrès, chronique, intermittent...).

A. NIVEAU INDIVIDUEL

ACCIDENT, RISQUE D'

Danger de traumatisme physique, de suffocation ou d'intoxication résultant des conditions environnementales interagissant avec les ressources adaptatives et défensives de l'individu.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : effet réciproque du développement de la personne et des dimensions physiques et émotionnelles (i.e. baisse de l'acuité visuelle, risque de convulsions, incoordination, distraction, désorientation, faiblesse, diminution de l'état de conscience,...), manque de connaissances au sujet des habitudes de sécurité, obstacles de l'environnement par rapport à la structure et à la conception décorative, présence d'agents dangereux ou polluants.

ANXIÉTÉ

Sensation vague d'inquiétude, de nervosité, d'angoisse ou d'ambivalence marquée. Le client ne semble pas encore avoir exprimé les sentiments sous-jacents à l'anxiété tels que : peur, chagrin, conflit, insécurité. Le client peut être conscient ou non des manifestations particulières de son anxiété ou des facteurs qui y contribuent. Lorsque les sentiments sous-jacents et leurs sources sont identifiés, un nouveau diagnostic peut être formulé.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : communication inadéquate, manque de connaissances, séparation d'une personne importante affectivement, particulièrement d'une personne "soignante", difficulté à s'ajuster à une situation, influence de l'anxiété d'une personne sur une autre, peur, chagrin, conflit ou insécurité non identifiés.

AUTO-SOINS, INCAPACITÉ D'ACCOMPLIR LES (préciser le type et le niveau fonctionnel)

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : diminution de la force et de l'endurance physiques, contre-indication à l'activité, douleur, inconfort, altération perceptuelle et cognitive, restriction de la mobilité, dépression, peur ou anxiété marquée, absence de moyens d'assistance ou manque de connaissances. Le manque d'autonomie peut être classifié selon le niveau de performance fonctionnelle du client qui :

- est autonome pour l'usage d'un moyen d'assistance (niveau 1)
- requiert l'aide d'une autre personne pour l'assister, l'informer ou le superviser (niveau 2)
- requiert l'aide d'une autre personne et d'un appareil (niveau 3)
- est dépendant et ne participe pas à l'activité (niveau 4)

Différents types d'incapacité peuvent se présenter :

- Manque d'autonomie face à l'alimentation : incapacité de porter les aliments à la bouche et de les ingérer.

- Manque d'autonomie face à l'élimination : incapacité de se rendre de façon sécuritaire à la toilette, de s'asseoir ou de se lever, de manipuler ses vêtements pour éliminer, d'exécuter adéquatement les soins d'hygiène qui y sont reliés.

- Manque d'autonomie face aux soins d'hygiène : incapacité de laver son corps ou une partie de celui-ci (ex. le périné, la cavité buccale, les pieds, les cheveux).

- Manque d'autonomie pour se soigner : incapacité d'exécuter pour soi une action thérapeutique désirable et réalistement attendue en rapport avec un obstacle actuel ou potentiel à la santé, i.e. soins personnels associés à une plaie ou à une lésion, écoulement de certaines matières, amputation, auto-administration d'une médication, soins associés à une stomie.

- Manque d'autonomie pour se vêtir et s'occuper de sa mise personnelle : incapacité d'obtenir, de remplacer, de revêtir ou d'attacher ses vêtements, de s'occuper de ses cheveux ou de maintenir sur d'autres rapports une apparence satisfaisante.

BIEN-ÊTRE - DOULEUR

Souffrance surtout localisée, habituellement décrite comme un élancement, une brûlure, une sensibilité, un endolorissement, un mal, un serrement, une douleur pulsatile, une piqûre, une crampe, un picotement, un tiraillement, qui se produit comme le résultat d'un dommage cellulaire potentiel ou existant. La douleur stimule la réponse physiologique autonome et peut être un avertissement de complications ou une conséquence normale et attendue suite aux actions du "soignant".

Les facteurs d'étiologie sont les suivants : mauvaise position du corps, restriction de la mobilité, confusion, peur, anxiété, isolement social, fatigue, usage insuffisant d'analgésiques, diminution du seuil de la douleur, stress de l'environnement.

BIEN-ÊTRE - INCONFORT (à préciser)

Indisposition généralisée telle que : anorexie, malaises, faiblesse, lourdeur, nausées, prurit, flatulence, fatigue, sensation de chaleur ou de froid, toux, peau sèche ou moite, photosensibilité.

Les facteurs d'étiologie peuvent être les suivants : position du corps, façon inefficace d'alterner les périodes d'activité et de repos, peur, anxiété, isolement social, usage insuffisant de médicaments ou de traitements pouvant soulager l'inconfort, soins d'hygiène, respiration buccale, stress de l'environnement, manque de connaissances.

CHAGRIN - RÉACTION DE CHAGRIN

Réponse du client face au chagrin qui évolue selon le processus normal (choc, sensation d'impuissance, combat et déni, début de prise de conscience et frustration face à la réalité, colère...).

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : absence de personne avec qui partager les différentes étapes du chagrin, sentiments d'embarras ou de vulnérabilité, manque de confiance que ce processus douloureux est normal et nécessaire.

CHAGRIN - RÉACTION DE CHAGRIN DYSFONCTIONNELLE

Réponse inadéquate de l'individu à la perte d'une personne ou d'un objet important affectivement, compte tenu des difficultés à rompre cette relation. Les variétés les plus caractéristiques de réactions pathologiques de chagrin seraient les suivantes : incapacité d'exprimer sa tristesse, fuite dans les activités, réactions psychosomatiques, deuil prolongé accompagné d'une dépression désespérée ou agitée, hostilité, relations superficielles, activités préjudiciables aux interactions sociales ou au bien-être financier.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : relation fortement conflictuelle avec l'objet perdu, relation extrêmement dépendante dans laquelle des rôles, des attentes et des habitudes doivent aussi être déplorés, expériences antérieures de perte, degré de préparation pour faire face à cette perte.

CIRCULATION - ALTÉRATION DE L'IRRIGATION TISSULAIRE PÉRIPHÉRIQUE

Modification du volume sanguin ou ralentissement de la circulation dans les extrémités; il en résulte une diminution de la nutrition et de l'oxygénation et une prédisposition à la nécrose ou à la formation d'un caillot.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : immobilité, manque d'exercices, vêtements et dispositifs constricteurs, mauvaise posture, grossesse, tendance familiale aux varices, température du milieu, infiltration de liquides parentéraux ou oedème secondaire à une blessure ou à l'évolution d'une maladie.

CIRCULATION - DIMINUTION DU DÉBIT CARDIAQUE

Débit cardiaque insuffisant pouvant menacer l'efficacité du système cardiovasculaire à irriguer le cerveau, le rein ou le coeur.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : pertes sanguines, arythmie ou insuffisance cardiaque, changements de position, intolérance ou hypersensibilité à des médicaments ou autres substances, bouleversement émotionnel.

CIRCULATION - RISQUE DE SURCHARGE CARDIAQUE

Possibilité que la somme d'énergie devant être fournie par le coeur afin de maintenir l'oxygénation tissulaire excède la capacité adaptative de celui-ci.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : fièvre et augmentation du métabolisme, surcroît d'exercices, suralimentation, hyperémotivité, température très froide ou très chaude, haute altitude, hémoglobine basse, affection latente du système circulatoire, hypertension.

COGNITION - ALTÉRATION DE LA CONSCIENCE (à préciser)

Diminution ou accroissement du niveau de la conscience d'un état intérieur ou d'un fait extérieur; état du client présentant différents niveaux de réponses aux stimuli externes (i.e. léthargie, stupeur, semi-conscience, inconscience, délire); sont aussi incluses des difficultés réelles ou potentielles au niveau de l'orientation quant aux personnes, aux lieux, aux choses, au temps, aux activités, aux perceptions; difficultés au niveau de la solution de problèmes et de la communication.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : maladie, traumatisme, effets secondaires des médicaments, fièvre ou perturbation métabolique, privation sensorielle sévère.

COGNITION - CONFUSION

Tout en étant pleinement conscient, l'individu fait montre d'une réduction de sa capacité d'orientation quant aux personnes, aux lieux, au temps, aux objets ou aux intentions; se manifestent également des difficultés présentes ou potentielles face à la solution de problèmes, tout comme une certaine altération de la mémoire à court ou à long terme.

Les facteurs d'étiologie sont les suivants : modification de la perception sensorielle, surcharge ou privation sensorielle, diminution de la souplesse du caractère et de la capacité d'apprentissage lors d'une maladie ou d'un traumatisme, communication inadéquate, manque d'orientation dans un nouveau milieu, manque de stabilité dans l'affectation du personnel, absence de personnes et d'objets familiers, douleur, manque de sommeil, déshydratation, déséquilibre électrolytique, abus de certaines substances, effets secondaires des médicaments.

COGNITION - SOLUTION DE PROBLÈME INADÉQUATE ; INCAPACITÉ DE PRENDRE UNE DÉCISION

Tout en étant conscient de la nature d'un problème, le client se trouve dans l'incapacité de le résoudre; les exemples peuvent comprendre : impression d'impuissance à effectuer un changement, difficultés à identifier des solutions multiples ou à choisir une solution probable, difficultés à exécuter un plan d'action.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque d'expérience à résoudre des problèmes, préoccupation d'un problème ou des conflits qui en résultent, échecs dans la capacité de résoudre des problèmes lors de situations antérieures, difficultés reliées au processus cognitif (capacité d'abstraction, de raisonnement et d'anticipation).

COGNITION - SOLUTION DE PROBLÈME INADÉQUATE: MANQUE DE DISCERNEMENT

Diminution de la capacité de reconnaître la présence d'un problème personnel, interpersonnel ou situationnel; ce qui peut impliquer une incapacité de percevoir le sérieux de l'anormalité de sa propre situation ou le fait qu'elle suscite des comportements particuliers chez les autres. De plus, le client peut être incapable de reconnaître ses intentions actuelles à l'égard d'une situation ou d'une relation.

Les facteurs d'étiologie peuvent être : manque de connaissances concernant les critères de santé ou d'adaptation, difficultés reliées à la capacité de réflexion, d'association, d'abstraction, un manque de confrontation de la part des autres.

COGNITION - TROUBLES DE LA PENSÉE

Altération de l'habileté à distinguer entre ce qui est réel et ce qui est irréel en présence de pensées, d'images ou d'idées préoccupantes, i.e. illusions, hallucinations, logique boiteuse, information fausse ou bizarre, rituels obsessifs, distorsion de la réalité,... Un trouble de la pensée comprend : une désorientation occasionnelle ou plus fréquente par rapport aux personnes, aux lieux, aux objets ou aux activités et une possibilité d'inefficacité des mécanismes de solution de problèmes.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : stress intense, privation ou surcharge sensorielle, effets secondaires des drogues ou des médicaments, maladie grave, désordres organiques ou fonctionnels.

COMMUNICATION INADÉQUATE

Expression insuffisante, improductive ou extrêmement difficile par le client de ses besoins, de ses pensées ou de ses sentiments.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : perte ou perturbation de la parole en association avec un manque de développement ou une sous-utilisation des autres modes de communication, déficience visuelle ou auditive mal corrigée, absence d'un interprète, manque de stimulation verbale et d'utilisation des gestes comme moyens de communication, difficulté à lire ou à écrire, sentiment d'être inadéquat ou intimidé particulièrement avec le personnel "soignant", présence de sentiments difficiles à exprimer incluant les tabous culturels, les émotions négatives (i.e. colère, peur), douleur ou inconfort, angoisse, faiblesse marquée, manque d'informations, altération neurologique.

CONNAISSANCES, INSUFFISANCE DE (à préciser)

Insuffisance d'information ou manque de compréhension des moyens de maintenir et promouvoir la santé, des problèmes de santé et de leur traitement et des ressources communautaires.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque d'expérience ou d'instruction, perte de mémoire, interprétation erronée, déficiences perceptuelles ou cognitives, manque d'intérêt à apprendre, ignorance des sources d'information.

CULPABILITÉ, SENTIMENT NON RÉSOLU DE

Blâme personnel, auto-agression intérieure inconfortable qui interfère avec l'actualisation de soi du client ou ses relations interpersonnelles. La

culpabilité résulte de son échec intentionnel ou non intentionnel à vivre selon son propre idéal ou celui des autres quant aux valeurs sociales, aux attentes, aux actions, aux pensées.

Les facteurs d'étiologie devraient comporter : façons inadaptées pour les personnes importantes affectivement de faire face à la situation, perturbation de l'estime de soi, isolement social, intensité d'une action ou d'une omission regrettée.

DÉPRESSIF, ÉTAT

Sentiment de découragement, d'impuissance, de perte, de retrait, de désespoir et de diminution de l'estime de soi. Cependant diverses formes atypiques d'expression de l'état dépressif peuvent inclure : plaintes somatiques vagues et changeantes, comportements hostiles ou colériques, réactions de grande dépendance ou de ressentiment envers l'autorité. Après l'exploration des sentiments et de leurs sources, un nouveau diagnostic peut émerger.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : séparation d'un être cher ou d'un objet précieux en l'absence d'un substitut, obstacles insurmontables dans l'atteinte d'objectifs personnels, perte de tout espoir de contrôler sa propre destinée, perte d'une relation conflictuelle, apprentissage de comportements d'impuissance face à différentes situations, effets secondaires des médicaments.

DÉTRESSE SPIRITUELLE

Rupture avec le principe de vie qui anime tout l'être, qui intègre et transcende sa nature biologique et psychologique.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : séparation d'avec les habitudes religieuses, remise en question des croyances et du système de valeurs, implication éthique et morale d'un traitement, etc. Le client peut exprimer de la colère envers Dieu et les représentants religieux, interroger le sens de la souffrance, verbaliser des conflits intérieurs concernant la foi ou la relation avec l'Être suprême, rechercher une assistance spirituelle, ou être incapable de participer aux exercices religieux habituels.

DÉVELOPPEMENT, RETARD DU (à préciser)

Retard de la croissance et du développement par rapport à l'échelle normale quant à la masse corporelle, à la taille, à la mobilité, à la coordination, à la prononciation, au langage, à l'attention, à l'apprentissage.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : relations parentales difficiles ou inadaptées, différences linguistiques chez le personnel "soignant", manque de stimulations, anxiété, chagrins non résolus, carence nutritionnelle, troubles du sommeil, déséquilibre familial.

DIVERTISSANTES, INSUFFISANCE DES ACTIVITÉS

Insuffisance de la détente, des exutoires physiques, de la stimulation ou des défis pour modifier le stress ou le rythme de l'environnement; carences de jeux ou de gratifications orales pour l'enfant, insuffisance d'exercices physiques et de divertissements.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque d'activités offertes dans l'environnement, impossibilité de poursuivre les loisirs habituels, traitements fréquents ou de longue durée, isolement social, manque de connaissances, orivation sensorielle.

DROGUES, USAGE DES - PHARMACO-DÉPENDANCE (à préciser)

Usage marqué et habituel de produits chimiques entraînant une dépendance psychologique et un accroissement de la tolérance à cette substance. Les trois stades reconnus de la pharmaco-dépendance sont : l'intoxication, le sevrage et la réhabilitation.

Les facteurs d'étiologie peuvent être les mêmes que ceux du diagnostic suivant.

DROGUES, USAGE DES - USAGE ABUSIF DE DROGUES ET D'AUTRES SUBSTANCES CHIMIQUES (à préciser)

Usage dangereux pour la santé de substances chimiques telles que l'alcool, la caféine, la nicotine, la médication prescrite, les drogues illicites, les médicaments et les traitements obtenus sans prescription (laxatifs, analgésiques, médications contre la toux, nébulisations nasales, lavements, douches vaginales), les substances pour inhalation, les solvants.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque de connaissances, pressions sociales, conflits personnels ou familiaux non-résolus, insuffisance d'habiletés à résoudre un problème.

ÉLIMINATION INTESTINALE - CONSTIPATION

Formation de selles dures difficiles à passer et/ou diminution de la fréquence habituelle d'élimination intestinale.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque d'activités, carence d'aliments riches en résidus, insuffisance liquidienne, prise de médication constipante, manque d'attention au réflexe de défécation, inattention du personnel "soignant" vis-à-vis le manque d'autonomie du client face à l'élimination, altération neuromusculaire, habitudes d'élimination inadéquates.

ÉLIMINATION INTESTINALE - DIARRHÉE

Augmentation de la fréquence des selles et changement dans la consistance (selles non formées). La diarrhée peut être accompagnée de la sensation d'un besoin impérieux de déféquer, de crampes et de malaises abdominaux.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : intolérance à certains types d'aliments, façon inadéquate de s'alimenter, stress émotionnel, manque de connaissances concernant les régimes antidiarrhéiques.

ÉLIMINATION INTESTINALE - FÉCALÔME

Accumulation dans le rectum ou dans la partie basse du côlon d'une masse de selles dures ou molles et incapacité de l'évacuer accompagnée de sensations de distension rectale, de nausées, de flatulence abdominale et de suintement de selles liquides.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : constipation et formation d'une masse fécale impossible à expulser, faiblesse extrême, inattention du personnel "soignant" vis-à-vis le manque d'autonomie du client face à l'élimination, rétention volontaire des selles, atteinte neuromusculaire.

ÉLIMINATION INTESTINALE - INCONTINENCE FÉCALE

Expulsion involontaire des selles.

Les facteurs d'étiologie peuvent comprendre : besoin urgent de déféquer, inattention du personnel "soignant" vis-à-vis le manque d'autonomie du client face à l'élimination, faiblesse extrême, incapacité de percevoir le besoin de déféquer, perte du contrôle sphinctérien, absence de rééducation intestinale ou immaturité du développement.

ÉLIMINATION INTESTINALE - MODIFICATION DE LA FACON D'ÉLIMINER PAR VOIE INTESTINALE

Changement dans la façon habituelle de déféquer telle que : l'urgence du besoin, la défécation nocturne et le passage d'aliments non digérés.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : ingestion d'aliments stimulants ou de purgatifs à des moments inopportuns, présence d'une stomie, intolérance alimentaire ou mastication inadéquate de certains aliments, irrégularité due au voyage.

ÉLIMINATION URINAIRE - INCONTINENCE URINAIRE

Écoulement involontaire de l'urine.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : stress, diminution du tonus vésical, contrôle sphinctérien inefficace, stimulation accrue du parasympathique, épuisement, traumatisme neuro-musculaire, inattention du personnel "soignant" vis-à-vis le manque d'autonomie du client face à l'élimination, altération du besoin d'uriner.

ÉLIMINATION URINAIRE - MODIFICATION DE LA FAÇON D'ÉLIMINER PAR VOIE URINAIRE

Façon d'éliminer qui interfère avec le style de vie de l'individu ou le niveau de confort désiré et qui se manifeste par la nycturie, la miction fréquente, difficile à amorcer, urgente ou douloureuse.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : façon d'utiliser un médicament, manque de connaissances, façon de s'hydrater, stress, angoisse, irrégularité due aux voyages.

ÉLIMINATION URINAIRE - RÉTENTION URINAIRE

Incapacité à évacuer ou à expulser toute l'urine de la vessie.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : peur intense ou anxiété, séjour prolongé au lit, diminution de la stimulation nerveuse, période postopératoire ou postanesthésique, réaction idiosyncrasique à une médication, traumatisme neuromusculaire, diminution du tonus vésical par suite de l'utilisation d'un cathéter, fécalôme.

FUITE NON-CONSTRUCTIVE

Tentative consciente ou inconsciente de composer avec l'anxiété ou les conflits par l'oubli, le déni, l'action différée, le rejet des pensées, des sentiments, des désirs, des besoins ou d'autres éléments de la réalité qui sont difficiles à tolérer. L'utilisation excessive ou inadéquate de ces mécanismes de défense peut inhiber l'efficacité de la solution de problèmes et mettre en péril la vie ou le bien-être de l'individu.

Les facteurs d'étiologie peuvent comprendre : peur ou anxiété sévère, support insuffisant des autres, incapacité du client à effectuer des changements dûs à une perturbation du concept de soi, inefficacité à résoudre des problèmes.

IMAGE DE SOI - ALTÉRATION DE L' IMAGE CORPORELLE

Grande difficulté du client à intégrer une perception, une croyance ou une attente au sujet de l'apparence, de la constitution et du fonctionnement de son corps. Certaines formes de chagrin liées au soi antérieur ou aux désirs qui y étaient reliés, empêchent l'acquisition ou l'intégration du nouveau schéma corporel.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : changement ou perte au niveau de la structure ou d'une fonction organique.

IMAGE DE SOI - PERTURBATION DANS L' ADAPTATION AU RÔLE

Difficulté à atteindre, à abandonner un rôle, à performer, à intégrer des changements de rôles reliés au développement biologique (i.e. adolescence, climatère), à la maladie, à l'économie (i.e. dépendance ou autonomie financière), à la famille (i.e. mariage, maternité, paternité, veuvage, "nid vide"), à l'éducation ou à la carrière (entrée, avancement, retraite, etc.). Cela peut inclure l'inversion des rôles, la perte d'un rôle et/ou sa présomption, la tension due au rôle ou à un conflit, l'ambiguité du rôle.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : socialisation inadéquate, changement dans la capacité d'assumer ou de reprendre un rôle, changement dans la perception du rôle, manque de diversité dans les rôles, multiplication des rôles, surprotection de la part des autres, chagrin non résolu.

IMAGE DE SOI - PERTURBATION DE L'ESTIME DE SOI

Estime inadéquate de sa valeur personnelle qui ne favorise pas les processus de croissance, de développement ou d'adaptation.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : perte de biens précieux, d'une position, d'un attribut ou d'une habileté, manque de valorisation de la part des autres, appauvrissement financier.

IMAGE DE SOI - TROUBLES D'IDENTITÉ PERSONNELLE

Définition insuffisamment claire que se fait l'individu de lui-même, comme personne possédant des qualités particulières et distinctes de celles des autres.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : séparation de la famille et/ou de la culture d'origine, mode de fonctionnement familial qui entrave le développement de l'identité, dévalorisation de son groupe de référence (culturel, religieux, racial, etc.) par le groupe social dominant, changements sociaux rapides, agents de stress qui nuisent au développement de l'identité au cours de l'adolescence.

INFECTION, RISQUE D'

Danger d'infection résultant d'une inefficacité réelle ou virtuelle du système de défense du client.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : leucopénie ou suppression du système immunitaire consécutive à la maladie ou au traitement médical, restriction de la mobilité, technique d'isolement, carence nutritionnelle, ingestion insuffisante de liquide, programme incomplet d'immunisation en l'absence d'une immunité acquise active, soins d'hygiène inadéquats, manque de connaissances.

LIQUIDE, INGESTION INSUFFISANTE DE

Apport insuffisant de liquide qui entraîne une baisse du volume circulatoire, une irrigation tissulaire insuffisante et un risque d'accumulation de substances toxiques.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : pauvre ingestion de liquide, élimination exagérée, perte importante de liquide, fièvre et augmentation du métabolisme, présence de substances potentiellement toxiques ou d'agents pathogènes produisant des besoins d'hydratation accrus.

MANIPULATION

Utilisation dissimulée des autres afin de satisfaire un besoin ou d'atteindre un but relié à la croyance ou à la certitude que les autres ne prêteront pas l'assistance ou l'appui désiré. La manipulation est caractérisée par des comportements injustes, allusifs, astucieux ou séduisants dans le but de contrôler les autres, de rechercher leur attention ou d'abuser d'eux pour son propre avantage.

Les facteurs d'étiologie sous-jacents peuvent inclure : manque d'expression de la colère ou de l'anxiété, résolution inadéquate de problèmes, perturbation de l'image de soi, approche non thérapeutique d'un "soignant".

MOBILITÉ - AUGMENTATION DE LA MOBILITÉ

Mouvements exagérés d'un individu ou d'une partie de son corps incluant la nervosité et l'hyperactivité.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : douleur, inconfort, anxiété, peur, immaturité, altération neurologique.

MOBILITÉ - INCOORDINATION MOTRICE

Altération de l'activité motrice.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : retard de développement, processus pathologique, manque de stimulations pour développer, rétablir ou maintenir la coordination.

MOBILITÉ - RESTRICTION DE LA MOBILITÉ

Absence ou diminution de mouvements impliquant l'ensemble du corps ou l'une de ses parties, faiblesse musculaire, diminution du tonus musculaire, diminution de l'amplitude articulaire, difficulté à marcher et à changer de position.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : altération musculo-squelettique, traitement médical, faiblesse, fatigue, douleur, inconfort, état dépressif, peur, anxiété, altération perceptuelle et cognitive, obstacles mécaniques, absence de moyens d'assistance (béquilles, canne, ...), insuffisance de connaissances.

NUTRITION - CARENCE NUTRITIONNELLE

Ingestion insuffisante d'éléments nutritionnels (i.e. calories, protéines, graisses, hydrates de carbone, vitamines, minéraux, fibres) par rapport aux besoins de l'organisme.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : insuffisance de connaissances, difficultés à s'alimenter soi-même, à mâcher ou à avaler, divers inconforts et stress qui affectent l'appétit et la satiété, état dépressif, isolement social, incapacité de se procurer ou de préparer ses aliments, difficultés financières, situations où les besoins sont accrus (grossesse, périodes de convalescence, de traitement et d'efforts intenses), difficultés d'équilibrer la diète avec les activités et le traitement à l'insuline.

NUTRITION - EXCÈS NUTRITIONNEL

Ingestion abondante d'éléments nutritionnels (calories, protéines, graisses, hydrates de carbone, vitamines, minéraux, fibres, etc.) par rapport aux besoins de l'organisme.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : insuffisance de connaissances, état dépressif, isolement social, suralimentation, habitudes dysfonctionnelles de soulager le stress, diminution du niveau d'activité, sédentarité, prédispositions héréditaires, risques dûs à un processus pathologique, habitudes culturelles.

NUTRITION - HABITUDES ALIMENTAIRES INADÉQUATES

Façon de s'alimenter inadaptée au rythme biologique de l'individu ou alimentation qui ne permet pas un fonctionnement optimal de l'organisme, entre autres omission de repas, habitude de prendre des repas lourds alors que des repas fréquents seraient plus adéquats et alimentation incomplète en présence ou non d'un processus pathologique.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : insuffisance de connaissances, isolement social, changements du mode de vie.

PEAU - ATTEINTE A L' INTÉGRITÉ DE LA PEAU

Lésion de la peau ou des muqueuses d'un individu.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : pression prolongée, infection, traitement médical ou chirurgical, chaleur ou froid, sensibilité à des substances particulières, incapacité d'accomplir les auto-soins (à préciser), respiration buccale, altération de l'irrigation tissulaire périphérique, apport insuffisant de liquides et d'aliments.

PEAU - RISQUE DE LÉSION CUTANÉE

Combinaison de facteurs de risques d'irritation de la peau et des muqueuses.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : sécheresse ou fragilité de la peau, pression prolongée, contraintes, altération de l'irrigation tissulaire périphérique, oedème secondaire à une blessure ou à un processus pathologique, respiration buccale, incapacité d'accomplir les auto-soins (à préciser), radiothérapie, manque d'hydratation, altération perceptuelle.

PEUR (à préciser)

Réaction d'appréhension ou de terreur du client face à une menace reconnue (généralement externe) à son intégrité corporelle, à son autonomie, à son image de soi ou à ses relations avec les autres.

Les facteurs d'étiologie peuvent comporter : présence d'une menace ou d'un danger externe, manque de connaissances, séparation d'une personne importante affectivement (particulièrement d'un "soignant"), influences interpersonnelles, communication inadéquate, expériences antérieures de menace ou de danger, douleur , inconfort, confusion.

REPOS - FAÇON INEFFICACE D'ALTERNER LES PÉRIODES D'ACTIVITÉ ET DE REPOS

Périodes de repos inadaptées aux périodes d'activités du client qui interfèrent avec le niveau de bien-être et le mode de vie désirés et qui augmentent les risques d'une pathologie.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque de connaissances, dénégation, difficulté d'adaptation au rôle, mauvaise planification des soins, lourdes responsabilités reliées au rôle, isolement social, manque d'activités divertissantes, usage de substances ou de médicaments hyperstimulants, surcharge sensorielle, épisodes de manie, hyperactivité.

REPOS - MODIFICATION DE LA FAÇON DE DORMIR

Variation brusque et importante de la satisfaction reliée à la qualité et la durée du sommeil ou à la façon de dormir qui produit un inconfort ou interfère avec le mode de vie désiré par le client.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : douleur, angoisse, inconfort, stress de l'environnement ou du milieu social, interruption du sommeil par le "soignant", manque d'activités physiques, manque de connaissances, usage de médicaments ou de substances qui entravent le sommeil.

SENSORIELLE, ALTÉRATION DE LA PERCEPTION (à préciser)

Réponse diminuée, exagérée, déformée ou absence de réponse aux stimuli reliés à l'audition, à la vue, au goût, à l'odorat ou au toucher.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : moyens d'assistance inadéquats, non disponibles ou inutilisés, manque de stimulation au niveau d'un ou de plusieurs sens, surcharge sensorielle, manque d'hygiène au niveau d'un organe des sens.

SERVICES DE SANTÉ - NON-RESPECT DU TRAITEMENT MÉDICAL (à préciser)

Incapacité ou refus de se conformer aux prescriptions médicales, i.e. médication, diète, ingestion de liquides, activités ou tout autre traitement thérapeutique.

Les facteurs d'étiologie peuvent impliquer : manque de connaissances, désaccord avec les pratiques culturelles et spirituelles ou les croyances concernant la santé, relations tendues avec les "soignants", difficultés financières, situation compliquée.

SERVICES DE SANTÉ - UTILISATION INADÉQUATE DES SERVICES DE SANTÉ

Façon d'utiliser les services de santé qui ne permet pas à l'individu d'amorcer ou de poursuivre une démarche avec les ressources disponibles (médecin, dentiste, infirmière, travailleur social, ...).

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : insuffisance de connaissances permettant de savoir quels symptômes dénotent un besoin d'aide, manque de familiarité avec les ressources communautaires ou les procédures pour obtenir ces services, sentiment d'être intimidé et inadéquat, communications difficiles, relations non-thérapeutiques avec les "soignants".

SEXUEL, MODIFICATION DU FONCTIONNEMENT

Insatisfaction éprouvée par l'individu en regard du rôle sexuel, du désir ou des performances sexuelles.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : conflits face à l'orientation sexuelle, limites associées à l'altération d'une structure ou d'une fonction organique, à une maladie ou à un traitement médical, manque de connaissances, absence d'intimité, absence d'une personne importante affectivement, absence ou faiblesse des modèles, peur de la grossesse, peur de contracter une maladie transmise sexuellement, perturbation dans les relations avec une personne importante affectivement.

SOCIALISATION - ISOLEMENT SOCIAL

Socialisation inadéquate prononcée.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : absence de pairs ou de personnes importantes affectivement, restriction de la mobilité, isolement thérapeutique, différences socio-culturelles, manque de connaissances des moyens d'accroître les échanges, obstacles à la communication, altération du concept de soi, obstacles dûs à l'environnement.

SOCIALISATION - SOCIALISATION INADÉQUATE

Participation aux échanges sociaux insuffisante (en quantité et en qualité) pour comprendre et exprimer avec satisfaction un sentiment d'empathie, d'appartenance, de préoccupation, d'intérêt, de partage et pour apprendre à socialiser.

Les facteurs d'étiologie sont les mêmes que ceux mentionnés pour le diagnostic précédent.

VENTILATION PULMONAIRE - ÉCHANGES GAZEUX INADÉQUATS

Quantité inadéquate d'oxygène et de gaz carbonique passant à travers la membrane pulmonaire.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : apport en oxygène insuffisant (pendant l'aspiration des sécrétions, lors de l'utilisation du masque à oxygène...), drainage postural inefficace, manque de liquide, refus de se conformer au traitement pharmacologique, façon inefficace de respirer.

VENTILATION PULMONAIRE - FAÇON INEFFICACE DE RESPIRER

Façon d'inspirer ou d'expirer qui ne permet pas le fonctionnement optimal des poumons.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : douleur, fatigue extrême, effet secondaire d'un médicament, restriction de la mobilité, pression abdominale sur le diaphragme, utilisation des muscles accessoires de la respiration, manque de connaissances, peur, anxiété, diminution de l'activité du système nerveux central.

VENTILATION PULMONAIRE - OBSTRUCTION DES VOIES RESPIRATOIRES

Blocage partiel ou total des voies respiratoires.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : diminution des réflexes de toux ou de déglutition, inhalation d'un corps étranger, présence de sécrétions, traumatisme, fatigue, altération perceptuelle et cognitive, infection, spasme.

VIOLENCE, RISQUE DE - RISQUE DE VIOLENCE ENVERS LES AUTRES

Disposition au combat ou tendance à un comportement actif, destructif (verbal ou physique) avec ou sans intention de blesser une autre personne ou d'abîmer un objet.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : panique ou état d'excitation, colère, comportements réactionnels, idées paranoïdes, possession d'une arme, comportements familiaux pathologiques, caractère antisocial, effet toxique d'un médicament, désordres cérébraux organiques, approche non thérapeutique des "soignants".

VIOLENCE, RISQUE DE - RISQUE DE VIOLENCE ENVERS SOI-MÊME

Tentative de l'individu de mettre fin à ses jours, de laisser l'impression de cette intention ou de mutiler une partie de son corps.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : anxiété croissante, dépression, colère, isolement social, troubles de la pensée, douleur tenace.

B. NIVEAU AUTRE QU'INDIVIDUEL

CONCEPTION - OBSTACLE À LA PROCRÉATION

Échec d'une cliente ou d'un client à planifier une grossesse.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : connaissance insuffisante ou compréhension inadéquate des processus biologiques impliqués, altération du fonctionnement sexuel reliée aux tensions concernant une grossesse non rendue à terme, infertilité.

CONCEPTION - RISQUE DE GROSSESSE NON PLANIFIÉE

Danger encouru par la cliente d'avoir une grossesse non désiré.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque de connaissances concernant l'efficacité d'une méthode de planification familiale, irrégularité dans l'emploi d'une méthode contraceptive causée par une ambivalence ou des conflits non résolus, non-usage d'une méthode de planification familiale pendant la vie sexuelle active, entrave à l'utilisation des services de santé pour la planification familiale, insatisfaction de la méthode utilisée.

FAMILLE - DÉSÉQUILIBRE À L'INTÉRIEUR DE LA FAMILLE

Période de détresse et/ou de désorganisation temporaire existant dans la famille du client. On peut s'attendre à ce que la famille se réorganise avec le temps et se stabilise dans un fonctionnement plus satisfaisant.

Les facteurs d'étiologie peuvent être reliés aux éléments suivants : changements dans la composition de la famille, des rôles, des relations ou du mode de vie, stratégies pour résoudre une situation de crise, manque de support ou de modèles, manque de connaissances chez les membres de la famille, difficultés professionnelles ou financières, moyens inadéquats de soulager le stress, difficultés de communication.

FAMILLE - DYSFONCTIONNEMENT À L'INTÉRIEUR DE LA FAMILLE

Fonctionnement inadéquat de la famille qui ne peut assurer les dispositions nécessaires à la croissance de ses membres (sécurité, confiance, satisfaction des besoins physiques, échanges émotifs et sociaux, co-existence paisible, différenciation sexuelle).

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure ceux qui précèdent, ainsi que des comportements abusifs de la famille : abus de drogues ou dépendance, utilisation prolongée de la fuite non-constructive, isolement social, absence de liens, aliénation.

FAMILLE - ORGANISATION ET ENTRETIEN INADÉQUATS DU FOYER

Incapacité de maintenir de façon autonome un environnement sécuritaire et apte à promouvoir la croissance.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : restriction de la mobilité ou manque d'énergie dû au stress de la maladie ou d'un traumatisme, manque d'organisation ou de planification de la part de la famille, difficultés financières, manque de connaissances, manque de modèles, isolement social, non disponibilité ou manque de familiarité avec les ressources du voisinage.

PERSONNES IMPORTANTES AFFECTIVEMENT - FAÇON INADAPTÉE (à préciser) POUR LES PERSONNES IMPORTANTES AFFECTIVEMENT (à préciser) DE FAIRE FACE AUX OBSTACLES À LA SANTÉ DU CLIENT

Comportements d'une personne importante affectivement qui nuisent à sa propre capacité et à celle du client de faire face aux obstacles qui menacent la santé. De tels comportements peuvent comprendre la négligence dans les soins, une distorsion de la réalité par rapport à la maladie du client, une difficulté à saisir à nouveau le sens de la vie, l'intolérance, les manifestations psychosomatiques.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : sentiments de culpabilité jamais exprimés, anxiété, désespoir, hostilité, façon contradictoire de faire face aux difficultés, relations familiales ambivalentes.

PERSONNES IMPORTANTES AFFECTIVEMENT - FAÇON INADÉQUATE (à préciser) POUR LES PERSONNES IMPORTANTES AFFECTIVEMENT (à préciser) DE FAIRE FACE AUX OBSTACLES À LA SANTÉ DU CLIENT

Appui, réconfort, assistance ou encouragement insuffisant ou inefficace d'un membre de la famille ou d'un ami intime.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque de connaissance ou de compréhension, détresse temporaire chez la personne importante affectivement qui est au prise avec des conflits émotifs et de la souffrance, désorganisation familiale provisoire, maladie prolongée, progression d'une infirmité chez le client qui épuise la personne importante affectivement, insomnie, ingestion insuffisante d'aliments, périodes de crise, manque de collaboration de la part du client.

RELATION PARENTALE - RELATION PARENTALE DIFFICILE

Difficultés à créer ou à maintenir un environnement qui favorise une croissance et un développement raisonnable de l'enfant.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque de connaissance ou d'expérience en regard des soins physiques, de la discipline, de la stimulation ou de la sécurité, fatigue des parents, difficulté à créer des liens, bouleversements émotifs, absence ou manque de support, difficultés financières.

RELATION PARENTALE - RELATION PARENTALE INADAPTÉE

Comportement négligent des parents qui nuit effectivement à la sécurité, à la croissance ou au développement physique, émotif, social ou spirituel de l'enfant; ce comportement inadéquat affectant les parents eux-mêmes.

Les facteurs d'étiologie peuvent inclure : manque de connaissance des habiletés minimales nécessaires au soin d'un enfant et à sa sécurité, négligence ou abus des parents lorsqu'ils étaient enfants, liens déficients avec l'enfant, absence de support ou support dysfonctionnel, troubles de la pensée, altération du niveau de conscience et d'orientation, attentes déraisonnables des parents face à eux-mêmes et face à l'enfant, enfant malade ou enfant qui réagit peu, manque de modèles.

2.3 DÉVELOPPEMENT DES DIAGNOSTICS CLÉS EN SOINS INFIRMIERS

Cette partie comprend la présentation de la grille méthodologique que les chercheures ont mise au point et une application de cette grille aux six diagnostics clés en soins infirmiers. Ces derniers ont été élaborés de manière à fournir des outils de travail permettant de poursuivre leur développement*. Toutefois l'encadrement proposé ne doit pas restreindre la créativité. L'uniformité réside dans l'utilisation de la grille méthodologique, mais non dans l'organisation des idées à l'intérieur du concept* (en l'occurence un diagnostic clé en soins infirmiers).

* *Les annotations en marge permettent au lecteur de retrouver rapidement les sources de référence.*

* *Mitchell (1981, p. 210)*

2.3.1 GRILLE MÉTHODOLOGIQUE POUR LE DÉVELOPPEMENT D'UN DIAGNOSTIC CLÉ EN SOINS INFIRMIERS

DÉFINITION	Description générale du concept
FACTEURS D'ÉTIOLOGIE	Relevé des différents éléments qui peuvent contribuer au problème, soit les facteurs reliés à la physio-pathologie, à des événements et à des périodes de croissance
DYNAMIQUE	Description spécifique de certains mécanismes ou variables qui peuvent faciliter la compréhension du concept et permettre d'en saisir toutes les dimensions
DIFFÉRENCIATION DU PROBLÈME	Précision du concept, pour le distinguer d'un concept similaire
MANIFESTATIONS	Énumération de données subjectives et objectives qui permettent d'identifier le problème
ÉTAT DE SANTÉ RECHERCHÉ	But des soins infirmiers dans l'étude du concept
PLANIFICATION DES SOINS	Identification des objectifs généraux et guide d'interventions

2.3.2 Modèles de développement

Dans les pages qui suivent, on trouvera un modèle de développement pour chacun des diagnostics clés en soins infirmiers qui apparaissent ci-après:

2.3.2.1 Anxiété
2.3.2.2 Douleur
2.3.2.3 Restriction de la mobilité
2.3.2.4 Altération de la perception sensorielle
2.3.2.5 Chagrin
2.3.2.6 Altération de l'image de soi

2.3.2.1 ANXIÉTÉ

DÉFINITION*

Etat de malaise et d'appréhension que l'individu ressent et où l'activité de son système nerveux autonome augmente en réponse à une menace vague et non spécifique

* *Compléments à la définition:*
Carpenito (1983, p.78);
Jones (1982, p.86);
Wilson (1982, p.223);
Haber (1979, p.693)

FACTEURS D'ÉTIOLOGIE*

* *Compléter en se référant à:*
Haber (1979, p.205);
Campbell (1978, p.127, 130, 135);
Wilson (1982, p. 335)

Reliés à la physio-pathologie

- N'importe quel facteur qui interfère avec les besoins fondamentaux comme le besoin de manger, de respirer et d'être à l'aise

Reliés à des événements

- Menace réelle ou potentielle de son concept de soi
  - . échec ou succès
  - . manque de reconnaissance par les autres
  - . perte de statut et de prestige
  - . perte de ses biens

- Perte réelle ou potentielle de personnes importantes affectivement
  - . séparation temporaire ou permanente
  - . déménagement
  - . divorce
  - . mort

- Menace réelle ou potentielle de son intégrité biologique
  - . traitements médicaux et chirurgicaux
  - . maladie: annonce du diagnostic.
    vécu du client avec son diagnostic.
    vécu du client dont le diagnostic n'est pas défini
  - . agression
  - . mort

- Changement réel ou potentiel de son environnement
  - . hospitalisation
  - . retraite

- Changement réel ou potentiel de son statut socio-économique
  - . promotion
  - . nouveau travail
  - . perte d'emploi

- Influence de l'anxiété d'une autre personne sur le client

Reliés à des périodes de croissance

- Enfance
  - . séparation
  - . mutilation
  - . relations pauvres (carence affective)
  - . peu de réussite

- Adolescence
  - . développement sexuel
  - . relations pauvres
  - . indépendance

- Adulte
  . état de parent*
  . développement de carrière
  . effet du vieillissement

* *Compléter en se référant à Fortin (1984)*

- Troisième âge
  . diminution sensorielle et motrice*
  . problèmes financiers
  . retraite

* *Voir le diagnostic altération de la perception sensorielle*

DYNAMIQUE

- L'anxiété est un malaise qui semble n'avoir aucun objet précis. Les divers niveaux d'anxiété ont des effets différents sur le comportement*:
  . <u>une légère anxiété</u> met la personne en alerte et affine sa perception des choses; elle augmente la lucidité, l'attention et la capacité d'associer
  . <u>une anxiété modérée</u> réduit le champ perceptif mais, avec un peu d'aide, la personne peut être amenée à plus de lucidité; une anxiété légère ou modérée n'empêche pas une personne de résoudre ses difficultés avec efficacité
  . <u>une grave anxiété</u> réduit considérablement le champ perceptif; la personne n'arrive plus à se concentrer que sur des détails épars; l'anxiété modérée ou grave suscite l'inattention sélective
  . <u>l'anxiété panique</u> réduit le champ perceptif au point où seul est perçu l'objet d'anxiété; une personne cherche à échapper à l'anxiété grave ou panique par la dissociation; l'apprentissage et l'adaptation ont pour objectif le soulagement; la personne a spontanément recours à des comportements défensifs pour prévenir ou diminuer l'anxiété.

* *Compléter en se référant à Haber (1979, p.39, 205, 206); OIIQ (1980); Roy (1976)*

- Selon Sullivan*, l'anxiété est l'expérience de la tension engendrée par des menaces réelles ou imaginaires contre sa propre sécurité.

*Se référer à Haber (1979, p. 206)

- Chez les enfants et les adolescents, le signe le plus commun de l'anxiété est une augmentation de l'activité physique. Les signes d'anxiété peuvent se présenter de la façon suivante:
  - période intra-utérine: l'anxiété intense et durable de la mère pendant la grossesse peut perturber le lien avec l'enfant; à la naissance elle peut se traduire par une hypo ou une hypermotricité de l'enfant*
  - de la naissance à 9 mois*: interruption dans le fonctionnement physiologique, ex.: désordre du sommeil, colique
  - de 9 mois à 4 ans: la source prioritaire est la perte de personnes importantes affectivement et la perte d'amour; par conséquent, l'anxiété peut se manifester par de la colère quand les parents partent, des maladies somatiques, de l'agitation motrice, des comportements régressifs (l'enfant suce son pouce, cogne sa tête) et de la régression dans l'entraînement à la propreté
  - de 4 à 6 ans: la source majeure est la peur de dommages à son corps; l'enfant croit que son mauvais comportement cause des conséquences désagréables, ex.: maladie, plaintes somatiques (maux de tête, maux d'estomac, etc.)
  - de 6 à 12 ans: beaucoup d'expressions verbales et de comportements compulsifs
  - adolescence: similaire à la période de 6 à 12 ans, en plus de types de comportements négatifs.

*Se référer à Verny (1981, p. 108)

*Fortin (1984)

- Plus tard, l'anxiété peut se manifester sous l'une ou plusieurs des formes énumérées précédemment. Les modes d'adaptation à l'anxiété sont:
  . "acting out": convertir l'anxiété en colère où l'expression est déguisée ou évidente* * *Platt (1983)*
  . comportements paralysés ou retirés: être replié ou immobilisé par sa propre anxiété
  . somatisation: convertir l'anxiété en symptômes physiques
  . action constructive: utiliser l'anxiété pour apprendre à résoudre un problème.

- Opérationnellement, l'anxiété peut se traduire ainsi:
  . les attentes ou les besoins sont présents
  . les attentes ou les besoins ne sont pas comblés
  . un malaise non spécifique est ressenti (anxiété)
  . l'anxiété est contrôlée et la capacité retrouvée par un comportement automatique* (colère, retrait, somatisation*) qui, dans le passé, s'est montré efficace pour rétablir le contrôle * *OIIQ (1980)* * *Parker (1980)*
  . le comportement utilisé pour obtenir le soulagement est rationnalisé et justifié plutôt qu'expliqué ou compris.

DIFFÉRENCIATION DU PROBLÈME*

* *Le lecteur aura avantage à compléter ses informations en se référant aux diagnostics infirmiers:*
. peur
. manipulation
. violence potentielle envers les autres
. prédisposition à la violence contre soi

L'anxiété se différencie du stress, de la peur, de la colère et de l'hostilité.

Le stress est un état de l'organisme qui ne s'observe que par les modifications corporelles qu'il entraîne*. Les événements tels qu'ils sont perçus par le client sont

* *Kozier (1983, p. 151)*

appelés agents stressants. L'anxiété correspond à la réponse affective, physiologique, cognitive et comportementale à ces agents stressants*.

Dans la peur, le stimulus est identifié* .

L'agression est une réponse à une menace ou à une frustration. L'action agressive verbale et/ou physique offre un soulagement de l'anxiété vécue*.

Les sentiments de colère* peuvent être exprimés ouvertement (frapper ou lutter; expression non verbale et attaque verbale) ou de façon déguisée (somatisation, dépression**, suicide ***). La colère est habituellement vécue brièvement et permise dans nos relations.

L'hostilité* est un sentiment antagonique accompagné du souhait de tuer ou d'humilier les autres. C'est habituellement le résultat de besoins ou de souhaits frustrés ou non comblés.

* *Wilson (1982, p. 629); Jalowiec (1980); Jasmin (1981); Manfredi (1981); Meissner (1980); Mims (1982); Scott (1983)*

* *Carpenito (1983, p.82-84); Garant (1980)*

* *Hamel (1984); Roy (1976); Stockard (1981)*

* *Duldt (1981, n^os 9 et 11); (1982); Knowles (1981, n^o 12, 1982, n^os 1 et 2); Rosenbaum (1980); Smitherman (1981, n^o 10)*

** *Knowles (1981, n^os 5,7,8)*

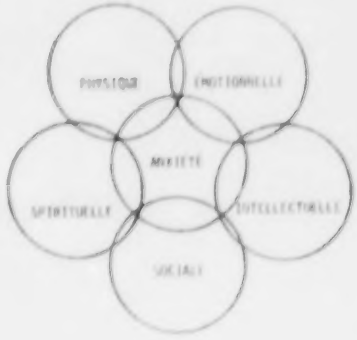
*** *V. Wiley (1980)*

* *OIIQ (1974)*

MANIFESTATIONS*

- Physiques**
  - . augmentation du débit cardiaque
  - . augmentation de la pression sanguine
  - . augmentation du rythme respiratoire
  - . diaphorèse
  - . dilatation des pupilles
  - . tremblement de la voix/changement de l'intonation
  - . tremblements des membres
  - . palpitations
  - . nausées et/ou vomissements
  - . anorexie

*



Relations de l'anxiété avec les cinq dimensions de la personne

(Beck, 1984, p.425)

** *Wilson (1982, p.223) Haber (1979, p.207)*

. insomnie
. fatigue et faiblesse
. faciès rouge
. bouche sêche
. douleur
. polyurie
. paresthésies

- Émotionnelles

Selon les états, la personne a un sentiment
. de culpabilité
. de honte
. d'indignité
. de chagrin
. de solitude
. de ressentiment

- Intellectuelles

. sensations perceptuelles ralenties
. inattention sélective
. attention exagérée aux détails
. incapacité d'apprendre
. pensée irréaliste, obsédante
. cours de la pensée diminué ou augmenté
. incapacité de raisonner
. mémoire à court terme
. blocage des mots/hyperactivité verbale
. difficulté à se concentrer
. éveil aux stimuli dangereux
. attitude défensive

- Sociales

. appréhension avec un groupe de gens
. peur de perdre le contrôle
. isolement
. retrait
. comportement de demande ou agressif

- Spirituelles
  - . aliénation
  - . indifférence
  - . perte de croyances morales
  - . incapacité d'anticiper l'avenir
  - . peur de la mort
  - . manque du sens de la vie

ÉTAT DE SANTÉ RECHERCHE

Le but des soins infirmiers est de:

- promouvoir un niveau optimal d'adaptation à l'anxiété
- prévenir les niveaux d'anxiété sévère ou panique

PLANIFICATION DES SOINS*

* *Les habiletés acquises à travers l'apprentissage des fils conducteurs "communication et actualisation de soi permettront d'appliquer des interventions plus adéquates dans une situation d'anxiété*

A) - Objectif général en regard du niveau d'anxiété

Que le client parvienne à réduire son présent niveau d'anxiété.

- Interventions
  - . évaluer le niveau d'anxiété*: léger, modéré, sévère, panique
  - . réassurer et réconforter

    rester avec la personne

    éviter de lui faire des demandes ou de lui faire prendre des décisions

    supporter les mécanismes d'adaptation présents: permettre au client de marcher, de parler, de pleurer, ne pas confronter ou discuter

    *parler lentement et calmement**

    *être à l'écoute de sa propre anxiété **

    *exprimer une compréhension empathique: reformulation, présence calme, toucher** , permission de pleurer, de parler ...*

* *Billings (1980); Hélie (1980); Murray (1980); Pisarcik (1981); Smitherman (1981, n° 10)*

* *Knowles (1981, n°3)*

* *Knowles (1981, n°s 9,10,11); Scully (1980)*

* *Heidt (1980)*

. diminuer les stimuli sensoriels

utiliser des phrases courtes et simples

donner des informations concises

*se centrer sur le "ici et maintenant"** * Gulino (1982)

éliminer les stimulations excessives:
installer la personne dans une chambre calme;
limiter les contacts avec les autres qui sont également anxieux

si la personne est en hyperventilation, lui dire de ralentir et de respirer profondément, respirer avec elle

occuper la personne avec une tâche simple et répétitive

*consulter le médecin pour une pharmacothérapie possible, si indiqué** * Intermed Communications (1983)

B) - Objectifs généraux en regard de l'apprentissage

Que le client parvienne à:

. reconnaître son anxiété

. apprendre à travers la résolution de son problème

- Interventions

Quand l'anxiété est assez diminuée pour que l'apprentissage prenne place:

. valider l'évaluation de l'anxiété

. si la personne est capable de reconnaître son anxiété*, continuer le processus d'apprentissage, si elle en est incapable, continuer les interventions de support * Knowles (1981, n°1)

. quand elle est capable d'apprendre:

trouver avec elle ses mécanismes usuels d'adaptation

évaluer ses besoins et ses attentes non satisfaits

aider à réévaluer la menace perçue: "est-ce que les attentes sont réalistes?"

encourager la personne à se rappeler des occasions semblables d'anxiété et à les analyser

explorer avec elle quels autres comportements pourraient se développer si ses mécanismes de défense étaient inappropriés

C) - Objectif général en regard des mécanismes d'adaptation problématiques

Que le client parvienne à réduire ou éliminer ses mécanismes d'adaptation problématiques.

- Interventions

Quand le client utilise le déni*: * *Mitchell* (1981, p.252)

. développer une atmosphère de compréhension empathique

. se centrer sur la situation présente

Quand le client exprime de nombreuses plaintes physiques sans base organique:

. encourager l'expression de sentiments

. reconnaître que les symptômes doivent être réels

. écouter les plaintes

. manifester une présence même quand la personne ne présente pas de symptôme

D) - Objectifs généraux en regard du support alternatif

Que le client accepte:

. de recevoir une certaine forme d'enseignement et des renseignements

. d'être référé à des personnes-ressources

- Interventions

. enseigner à la personne des méthodes de relaxation* * *Carpenito* (1983, p.522)

. et comment résoudre ses problèmes

. fournir des numéros de téléphone pour des interventions d'urgence

. pour des clients ayant une anxiété chronique et perturbés par des mécanismes de défense, les référer afin qu'ils bénéficient d'un traitement psychiatrique

. aider les parents à répondre adéquatement aux besoins de leurs enfants selon les différents âges de la vie.

2.3.2.2 DOULEUR

DÉFINITION*

Etat dans lequel un individu éprouve une sensation très désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou virtuel. C'est une expérience subjective à composantes sensorielles et affectives. Elle est ce que la personne dit et elle existe chaque fois qu'elle le dit

* *Compléments à la définition: Melzack (1982, p.51,52, 53); Mc Caffery (1979, p.11)*

FACTEURS D'ÉTIOLOGIE

Reliés à la physio-pathologie

Lorsque la douleur est associée à des dommages tissulaires* elle peut être secondaire à un processus pathologique (inflammation, infection, tumeur, ischémie) ou à un traumatisme. En voici quelques exemples:

* *Sensibilité des différents tissus Melzack (1982, p.93, 108)*

- au niveau du système musculo-squelettique:
  - . fracture
  - . contracture
  - . hernie discale, lombalgie
  - . tendinite, bursite, arthrite

- au niveau du système nerveux
  - . névralgie, migraine
  - . hypertension intra-crânienne
  - . traumatisme médullaire

- au niveau des viscères
  - . coeur: angine, infarctus, péricardite
  - . rein, voies urinaires: lithiase , cystite
  - . vésicule biliaire: lithiase, cholécystite

. pancréas: pancréatite
. estomac, intestins: ulcère, constipation, appendicite
. poumons: pneumothorax
. organes reproducteurs: endométriose

- au niveau des vaisseaux sanguins
  . thrombo-phlébite
  . insuffisance artérielle

- au niveau de la peau
  . brûlure
  . lacération

Reliés à des événements

- les interventions chirurgicales
- les examens de diagnostic
- les traitements médicaux
- la restriction de la mobilité: mauvaise position
- les périodes de bouleversements émotifs reliées à une perte réelle ou anticipée
- la grossesse: le travail, l'accouchement et le post-partum

DYNAMIQUE

La dynamique de ce concept est vue en fonction des quatre aspects suivants: les différentes théories qui tentent d'expliquer les mécanismes de la douleur, les types de douleur, les facteurs qui influencent cette expérience et les réponses à la douleur.

THÉORIES SUR LA DOULEUR

Il existe actuellement beaucoup de controverses sur la définition de la douleur et sur la compréhension de ses mécanismes. Une revue des différentes théories permet de constater la complexité de ce phénomène.

- Théorie de la spécificité (Müller, Von Frey)*:
  Selon cette théorie, un système spécifique à la douleur transporte les messages depuis les récepteurs de la peau jusqu'au centre de la douleur situé dans le cerveau*. La motivation et l'affectivité sont des réactions à la douleur, mais ne font pas partie du phénomène de douleur.

* *Dans Melzack, (1982, p.178-189)*

* *Idem, p. 178*

- Théorie du "pattern" (Goldscheider, Weddell):
  Selon cette théorie l'influx est organisé en "patterns" qui"sont produits par la sommation de l'influx sensoriel provenant de la peau"*.

* *Idem, p. 189-196*

- Théorie affective (Marshall)*:
  Selon cette théorie, une stimulation intense de la peau active deux systèmes parallèles: les propriétés affectives et les propriétés sensorielles.

* *Idem, p. 196-197*

- Théorie du portillon (Melzack)*:
  Selon cette théorie, "il existe dans les cornes postérieures de la moëlle épinière, un mécanisme neural qui agit comme un portillon, lequel peut augmenter ou diminuer le débit des impulsions nerveuses transmises depuis les fibres périphériques jusqu'au système nerveux central. L'influx somatique est donc soumis à l'influence régulatrice du portillon avant même qu'il suscite une perception et une réaction à celle-ci"*.

* *Compléments à la théorie: Heinhart et Mc Caffery (1983, p.81); West (1981, n° 2)*

* *Melzack (1982, p. 203)*

Selon cette théorie, la mémoire de l'expérience passée, l'attention et l'émotion peuvent influencer la perception de la douleur en agissant sur le mécanisme du portillon.

Des études récentes démontrent la présence de composés opiacés endogènes secrétés à différents niveaux du système nerveux central (endorphines*). Ils jouent un rôle dans la perception de la douleur. Cependant la nature de leur activité est encore mal connue. L'on attribue l'efficacité des placebos et des moyens non envahissants (non invasive) à la libération des endorphines dans l'organisme. Plusieurs expériences appuient l'hypothèse qu'elles joueraient un rôle sur le comportement de l'individu.

* *Mitchell (1981, p.626); Perry (1982, n° 2); West (1981, n° 2); Meinhart et Mc Caffery (1983, p.65)*

TYPES DE DOULEUR

La douleur ne peut être considérée exclusivement comme une réponse à un stimulus nocif. Melzack met en lumière cette relation fluctuante douleur-lésion à partir de la diversité des expériences douloureuses*:

* *Melzack (1982, p.3-14)*

- douleur sans lésion
- lésions sans douleur
- douleurs disproportionnées
- douleurs persistantes* (douleur fantôme)

* *Idem, p.55-68*

Lorsque la douleur est associée à un dommage tissulaire, elle dépend en grande partie des propriétés du tissu lésé*.

* *Melzack (1982, p.99-108); Meinhart et Mc Caffery (1983, p.176-190)*

- La douleur superficielle appelée aussi douleur cutanée provient de la peau et des muqueuses. Elle est bien localisée, compte tenu de l'abondance des terminaisons

nerveuses. Les stimuli peuvent être chimiques, thermiques, mécaniques et électriques.

- La douleur profonde provenant des viscères et des autres structures (muscles, tendons, vaisseaux, nerfs) est moins bien localisée (irradiation douloureuse*). Elle est engendrée par des irritants chimiques (substances algogènes*) et mécaniques (distension, spasme).

* *Melzack (1982, p.105)*

* *Idem, p.96*

- La douleur aiguë correspond à une condition dont la durée peut être très brève ou s'étendre jusqu'à une période de six mois*. Elle peut être d'intensité variable. Elle a un but, en ce sens qu'elle indique une menace à l'intégrité corporelle et qu'un traitement peut être institué pour la soulager. Elle a une fin, puisqu'elle diminue au fur et à mesure que la guérison apparaît. Elle peut générer des niveaux d'anxiété qui augmentent avec l'intensité de la douleur*.

* *Carpenito (1983, p.117); Shortridge (1982, p.183); Meinhart et Mc Caffery (1983, p.199)*

* *Mitchell (198], p.630)*

- La douleur sub-aiguë correspond à une douleur limitée (limited pain) où la cause est connue et la fin est prévisible (ex.: brûlures).

* *Meinhart et Mc Caffery (1983, p.200)*

- La douleur aiguë récurrente correspond à une douleur intermittente dont la fréquence et la durée peuvent varier (ex.: la migraine). La cause peut être connue ou non.

- La douleur chronique correspond à une condition à long terme d'une durée de plus de six mois*. Dans certains cas, l'étiologie est peu connue et les méthodes habituelles sont peu efficaces ou inappropriées. La douleur est persistante (c'est le cas par exemple de certaines douleurs dorsales) et elle peut être intolérable. Lorsque la douleur chronique est associée au

* *Limite de temps utilisée par les scientifiques*

cancer, elle représente une menace à la vie. Saunders* parle de douleur totale pour décrire les composantes physique, psychologique, sociale et spirituelle de la douleur en phase terminale du cancer. Dans la douleur chronique, l'individu est à la recherche d'un traitement adéquat et la prévision de la pérennité conduit souvent à la dépression qui accentue les composantes physiques de la douleur. Ces réactions dépressives peuvent se manifester par: une restriction de la mobilité, un ralentissement des processus de la pensée, de l'insomnie, une perte de la libido et des perturbations dans les relations sociales et familiales. Le désespoir et l'impuissance peuvent conduire au suicide.

* *Dans Bergeron (1983, n° 6)*

- La douleur du travail et de l'accouchement*
  La douleur que vivent les femmes durant le travail et l'accouchement suscite beaucoup de controverse chez les scientifiques. Pour certains, elle apparaît comme le résultat de la peur chez la femme et son incapacité à se relaxer. Pour d'autres, elle est le résultat des contractions utérines qui stimulent les récepteurs de la douleur. Ces douleurs sont influencées* par la longueur du travail, la fatigue, l'anxiété, la peur et le niveau psycho-social de la femme.

* *Meinhart et Mc Caffery (1983, p.33); Melzack (1982, p.33)*

* *Shortridge (1982, p. 184)*

Toute douleur doit être considérée comme réelle quelle que soit la cause. L'on tend à éliminer la distinction entre la douleur psychogène et la douleur somatique. La douleur doit être envisagée globalement comme le résultat de facteurs d'ordre physique et psychologique. Melzack définit la douleur en termes d'espace multidimensionnel comportant plusieurs aspects sensoriels et affectifs.

FACTEURS QUI INFLUENCENT LA DOULEUR

Dans cette perspective une multitude de facteurs* sont susceptibles d'influencer l'expérience de la douleur.

* Melzack (1982, p.16-24)

- Facteurs individuels:
  . l'apprentissage culturel* (éducation, religion)
  . les expériences antérieures
  . la signification de la situation
  . la connaissance de la douleur et de ses causes
  . la durée et l'intensité de la douleur
  . la fatigue
  . l'habilité à contrôler la douleur
  . le niveau de stress
  . l'attention accordée à la douleur
  . l'âge, le sexe
  . le statut social

* Meinhart et Mc Caffery (1983, p. 90-136)

- Facteurs de l'environnement*:
  . les réactions des amis, de la famille
  . les bénéfices secondaires
  . la privation ou la surcharge sensorielle
  . les interactions avec l'entourage

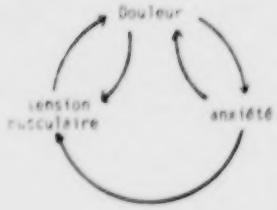
* Carpenito (1983, p. 115)

Ces facteurs sont susceptibles d'influencer le seuil de perception et le seuil de tolérance à la douleur. Le seuil de perception à la douleur "fait allusion au degré de stimulation requis pour percevoir la douleur"*. Le seuil de tolérance fait référence à la durée et à l'intensité de douleur que l'individu peut supporter.

* Kozier (1983, p.645)

RÉPONSES À LA DOULEUR

Les réponses physiologiques et le comportement de l'individu sont influencés par plusieurs facteurs (plus haut mentionnés) entre autres la durée, l'intensité de la douleur et l'âge sur lesquelles nous revenons ci-après: *



Interrelations entre douleur, anxiété et tension musculaire
Mitchell (1981, p.632)

- Lorsque la douleur aiguë est intense, nous assistons à des réponses du système nerveux autonome (modification importante des signes vitaux, pâleur, diaphorèse, tension musculaire*) et du comportement non verbal (expression faciale, mouvements corporels, sensibilité accrue aux stimuli de l'environnement). Le ton de la voix et le débit d'élocution peuvent fournir des indices sur l'intensité de la douleur et le niveau d'anxiété.

- Lorsque l'individu souffre de douleur chronique* il s'adapte et apprend à modifier ses réponses à la douleur. Son comportement non verbal n'est pas significatif de l'intensité de la douleur et ses paramètres vitaux ne sont pas modifiés. Ce que le client nous dit à propos de sa douleur est donc un élément très important dans l'évaluation de celle-ci. Si le client doit perdre de l'énergie à convaincre qu'il est souffrant, son niveau d'anxiété augmente et par le fait même la douleur s'amplifie.

* *Carpenito (1983, p.116)*

Les mots utilisés pour décrire la douleur sont variés. Ils peuvent être regroupés en trois catégories*:

* *Melzack (1982, p.43-44)*

. les mots qui décrivent les qualités sensorielles de l'expérience en termes de temps, d'espace, de pression, de température: pulsatile, lancinante, déchirante, brûlante, ...

. les mots qui décrivent les qualités affectives, en termes de tension, de peur: fatigante, angoissante, ...
. les mots qui servent à décrire l'intensité: légère, atroce, ...

- Chez l'enfant, les réponses à la douleur sont reliées à son développement cognitif*:

* *Meinhart et Mc Caffery (1983, p.160-163); Carpenito (1983, p.116)*

. chez un enfant de moins de trois ans: le concept de douleur et le vocabulaire sont très limités, il communique sa douleur dans le comportement non verbal et les changements dans ses habitudes de vie
. chez un enfant d'âge pré-scolaire: le langage est plus développé, il peut verbaliser sur la localisation de la douleur
. chez un enfant d'âge scolaire: la description de la douleur est plus précise, il peut contrôler sa réponse à la douleur (l'exagérer ou la camoufler).

La peur de la douleur est souvent un facteur important dans les réactions de l'enfant.

Chez l'adolescent, la peur des changements dans l'image corporelle, dans le rôle et la sexualité engendrent beaucoup d'anxiété et de frustration.

Certaines études démontrent que la tolérance à la douleur est inférieure chez l'enfant et l'adolescent comparativement à l'adulte*.

* *Mc Guire (1982, n°8)*

DIFFÉRENCIATION DU PROBLÈME

La douleur peut être différenciée de l'inconfort et de la souffrance.

- L'inconfort* est une indisposition générale qui peut se traduire par des malaises, de la faiblesse, de la lourdeur et de la fatigue. Elle n'entraîne pas les réponses physiologiques du système nerveux autonome comme dans la douleur.

* *Jones (classification)*

- La souffrance se réfère à la détresse et à l'angoisse de celui qui subit une douleur ou une perte.

* *Meinhart et Mc Caffery (1983, p.243)*

MANIFESTATIONS

Reliées à la douleur aiguë intense

- Données subjectives
  - . douleur: ce que le client dit à propos de sa douleur
  - . peur face au traitement et à la perte de contrôle
  - . peur de rester seul
  - . difficulté à se concentrer
  - . anxiété

- Données objectives
  - . manifestations du système nerveux autonome*: changements dans la tension artérielle, le pouls et la respiration; diaphorèse, dilatation des pupilles

* *Carpenito (1983,p.113)*

  - . manifestations du système musculo-squelettique:

contraction des muscles de la région affectée
immobilisation d'une partie du corps
mouvements rythmiques d'une partie du corps (frottement)
agitation
expression faciale: grimace, dents serrées, yeux fermés ou regard voilé, mordillement des lèvres

Reliées à la douleur chronique

- Données subjectives
  . douleur: ce que le client dit à propos de sa douleur peut être la seule donnée significative
  . colère, dépression
  . peur que la douleur devienne insupportable

- Données objectives
  . comportement non verbal peu significatif de l'intensité de la douleur
  . aucune modification des signes vitaux
  . perte de poids
  . insomnie
  . restriction partielle de mouvement
  . réaction dépressive: tendance à s'isoler, apparence négligée, perte d'appétit

Chez l'enfant

- Données subjectives
  . pleurs, cris, gémissements
  . refus de rester seul

- Données objectives
  . irritabilité
  . perte d'appétit
  . diminution de l'intérêt au jeu
  . mouvements rythmiques: tourne la tête de tous côtés, frotte ou pousse la partie du corps affectée
  . résistance aux traitements qui engendrent de la douleur

ÉTAT DE SANTÉ RECHERCHÉ

Le but des soins infirmiers est de:

- promouvoir un soulagement optimal de la douleur
- favoriser l'adaptation à la douleur chronique

PLANIFICATION DES SOINS*

* *Carpenito (1983, p.118-122)*

A) - Objectifs généraux en regard de la douleur aiguë intense

Que le client parvienne à:

. se détendre et à se reposer

. à exprimer un soulagement de sa douleur

. à réduire son anxiété

- Interventions

. évaluer la douleur*

début: facteurs précipitants

durée

localisation: superficielle, profonde, irradiante

intensité: faible, modérée, sévère (échelle de 0 à 10) (échelle de couleurs)

qualité: brûlure, élancement, ...

signes et symptômes associés: nausées, vomissements

réactions habituelles face à la douleur

moyens utilisés habituellement pour soulager la douleur

* *Compléments pour la personne âgée: Mc Guire (1982, nº8)*

. éliminer les facteurs susceptibles de diminuer la tolérance à la douleur

s'il y a de la peur: explorer les motifs de la peur

s'il y a un manque de connaissance: fournir des explications succinctes sur la cause de la douleur (si elle est connue)

. utiliser les moyens visant à réduire la douleur et l'anxiété*

approcher le client délicatement

favoriser l'expression des émotions

*assurer une présence**

manifester de l'empathie: maintenir une attitude positive

regrouper les soins pour favoriser le repos

placer le client dans une position confortable

supporter la partie du corps affectée

élever le membre au besoin

effectuer des massages selon le cas

*assister le client dans les techniques de distraction et de relaxation**

utiliser une approche préventive dans l'administration des analgésiques , évaluer leur efficacité*

surveiller l'apparition des effets secondaires suivants : nausées, vomissements, constipation, sédation*

. lorsque la douleur est réduite

encourager le client à parler de l'expérience de la douleur

corriger s'il y a lieu les craintes injustifiées ou les préjugés

*approfondir l'enseignement sur les différentes techniques non envahissantes pour soulager la douleur: relaxation, distraction, stimulation cutanée**

* *Se référer à l'anxiété*

* *Mc Caffery (1981, n°6)*

* *Carpenito (1983, p.522-528)*

* *Wright (1982, n°7); O'Donnell (1981, n°8)*

* *Compléments pour la personne âgée: Mc Guire (1982, n°6)*

* *Carpenito (1983, p. 522-528)*

B) - <u>Objectifs généraux en regard de la douleur chronique persistante</u>

Que le client parvienne à:

. trouver des moyens pour augmenter sa tolérance à la douleur

. réduire les effets de la dépression sur ses habitudes de vie

- Interventions

. évaluer le type de douleur* * Cf. *douleur aiguë*

. évaluer les réactions du client face à la douleur, ses perceptions (craintes, préjugés)

. évaluer l'efficacité des moyens utilisés habituellement pour soulager la douleur

. évaluer les effets de la douleur sur:

la performance au travail

les activités

l'alimentation

l'élimination

le sommeil

la capacité de concentration

les relations avec les autres

les finances

. évaluer les facteurs susceptibles de diminuer la tolérance à la douleur

fatigue

peur de l'accoutumance

peur de la tolérance

monotonie dans l'environnement

. éviter les attitudes qui manifestent du rejet ou du doute face à l'expérience vécue

. réduire ou éliminer les facteurs qui diminuent la tolérance à la douleur

peur

explorer les motifs de la peur

expliquer la différence entre l'accoutumance et la tolérance

suggérer l'usage de la médication avec des mesures non envahissantes pour soulager la douleur

fatigue

déterminer avec le client la cause de la fatigue: sédatifs, analgésiques, insomnie, réactions dépressives

procurer du confort: massage, changement de position

si l'individu retourne à la maison, trouver avec lui des moyens pour assurer des périodes de repos au cours de la journée

renseigner sur les différents moyens de favoriser le sommeil *

monotonie

renseigner sur l'importance de la distraction pour augmenter la tolérance à la douleur

si l'individu est immobilisé au lit, encourager la famille à décorer la chambre (plantes, cadres)

si l'individu est à la maison, l'encourager à effectuer une activité par jour à l'extérieur de la maison

amener l'individu à découvrir de nouveaux centres d'intérêts

. réduire les effets de la dépression sur les habitudes de vie*

amener le client à verbaliser sur ce qu'il vit

amener le client à augmenter progressivement ses activités

valoriser les contacts avec les autres

amener le client à compenser le manque de support: l'encourager à partager les difficultés éprouvées avec des gens qui comprennent sa situation

. renseigner le client sur les différents moyens de

réduire la douleur

méthodes non envahissantes

expliquer les différentes méthodes non envahissantes* et leurs effets: relaxation, stimulation cutanée, distraction

dans le choix d'une méthode, considérer ses préférences, sa motivation, ses habiletés motrices, le support des autres, le coût de la méthode, sa complexité et les contre-indications (allergies)

assister dans l'exécution de ces méthodes, intégrer la famille

évaluer leur efficacité

* Pour compléter: Carpenito (1983, p. 441-445)

* Pour compléter, Carpenito (1983, p.144-151)

* Carpenito (1983, p. 522-528)

administration des analgésiques

*surveiller l'apparition des effets secondaires, faire preuve de vigilance avec les personnes âgées** * Mc Guire (1982, n°8)

utiliser une approche préventive pour l'administration des médicaments

évaluer leur efficacité

renseigner le client sur l'action des médicaments et leurs effets secondaires

lorsque le patient retourne à la maison, l'encourager à établir un relevé de l'heure de la prise de médicaments et le soulagement obtenu

. référer s'il y a lieu: hypnose, acupuncture, biofeedback, ...

C) - Objectifs généraux chez l'enfant

Que l'enfant parvienne à:

. identifier la source de sa douleur (pour un enfant d'âge pré-scolaire)

. collaborer lors de ses traitements

. réduire sa peur, son anxiété

- Interventions

. évaluer la douleur

demander à l'enfant d'âge pré-scolaire de pointer la zone douloureuse

utiliser un dessin ou une poupée, pour déterminer la localisation de la douleur

demander la participation des parents pour évaluer la douleur

*demander à l'enfant de plus de cinq ans de déterminer l'intensité de la douleur à partir d'une échelle de 0 à 10 ou à l'aide d'un thermomètre symbolique pour mesurer la douleur** * Meinhart et Mc Caffery (1983, p. 193)

demander à l'enfant d'identifier la période de la journée où se manifeste la douleur, de même que ce qui augmente ou diminue la douleur

. évaluer la peur et la solitude

*moyen suggéré: présentation de 7 visages exprimant de la peur, l'enfant doit en choisir un** * Meinhart et Mc Caffery (1983, p.187)

. obtenir la collaboration de l'enfant pour un traitement

expliquer le traitement qui entraîne de la douleur après avoir vérifié le niveau de connaissance de l'enfant

prendre le temps d'établir une relation de confiance

ne pas menacer

dire la vérité

expliquer l'importance de la procédure

utiliser des termes adaptés à l'âge

amener l'enfant à participer à son traitement

lui expliquer qu'il peut utiliser des moyens de distraction: raconter une histoire, lui demander de compter les objets sur une image, de parler de son animal

utiliser le jeu, la simulation pour libérer la tension et la peur* * Guide pour l'utilisation du jeu: Carpenito (1983, p. 520-521)

favoriser la participation des parents

s'il est nécessaire d'immobiliser l'enfant, procéder rapidement

le réconforter après le traitement, jouer avec lui.

2.3.2.3 RESTRICTION DE LA MOBILITÉ*

* *Se distingue du terme immobilité qui se réfère exclusivement à une absence de mobilité*

DÉFINITION

Etat dans lequel l'individu vit une absence ou une diminution de mouvement impliquant l'ensemble du corps, ou l'une, ou plusieurs de ses parties. Cette restriction totale ou partielle de mouvement peut être volontaire, prescrite ou inévitable, et entraîner des conséquences dans toutes les sphères de l'activité soit physique, psychologique et sociale*

* *Cette définition est inspirée de: Jones (classification); Carpenito (1983, p.264); Carnevali (1970, n° 7); Kozier (1985, p.597)*

FACTEURS D'ÉTIOLOGIE

Reliés à la physio-pathologie

- Lorsqu'il y a altération des systèmes biologiques:
  - . affectant directement le mouvement, soit le système nerveux central, les muscles et les os; ces altérations peuvent être secondaires à un processus pathologique (congénital ou acquis) ou à un traumatisme

    au niveau du système nerveux central:

    hypertension intra-crânienne, accidents cérébro-vasculaires, parkinson, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, traumatismes crâniens et médullaires, déficits sensoriels, etc.

    au niveau des muscles et des os:

    arthrite, ostéoporose, fractures, amputation, etc.
  - . affectant indirectement le mouvement soit l'atteinte des systèmes cardio-vasculaire, respiratoire, endocrinien, rénal

Reliés à des événements

- Lorsque la maladie ou le traumatisme entraîne:
  . des procédures chirurgicales
  . la prise de médicaments: sédatifs, hypnotiques, psychotropes, etc.
  . une prescription médicale de repos au lit
  . des limites mécaniques: plâtre, traction, soluté, tube de levine, moniteur cardiaque, etc.

- En présence de: douleur, dyspnée, fatigue, altération du niveau de conscience, réactions dépressives, anxiété sévère, comportement psychotique et altération de la perception sensorielle

Reliés à des périodes de croissance

- Chez la personne âgée on assiste à une diminution des habilités motrices

DIFFÉRENCIATION DU PROBLÈME*

Il importe de définir le concept fatigue pour le différencier du concept restriction de la mobilité.

La fatigue peut être définie comme un état dans lequel l'individu éprouve une diminution de la tolérance à l'activité. Elle peut être considérée comme un facteur qui contribue à la restriction de la mobilité ou comme une conséquence ou une manifestation associée à la restriction de la mobilité.

Schéma illustrant les interrelations entre la fatigue et la restriction de la mobilité

DYNAMIQUE

Pour mieux comprendre le phénomène de restriction de la mobilité, il importe de considérer l'importance de la mobilité dans le développement et l'expression de l'individu, les caractéristiques permettant d'évaluer le degré de la mobilité et les conséquences de cette restriction de la mobilité.

- La capacité de bouger librement est un des principaux attributs par lequel l'homme se définit et s'exprime. Ainsi les gestes, les manières, les expressions faciales sont des formes de communication non verbales qui dépendent du mouvement. L'activité motrice permet de libérer les émotions reliées à la colère, la frustration et l'anxiété*.

  Importance de la mobilité

  * *Compléter en se référant à Mitchell (1981, p.343); Kozier (1983, p.629)*

  De plus, la mobilité est un des critères par lequel, l'homme évalue sa santé et sa performance physique ("Je pouvais faire ceci ..., je ne peux plus faire cela ..."). Au cours de sa croissance, il développe des habilités motrices qui lui permettent d'agir sur son environnement et d'accomplir ses activités quotidiennes*.

  * *Compléter en se référant à Kozier (1983, p. 600)*

- Les caractéristiques qui permettent d'évaluer le degré de la mobilité sont:

  Degré de la mobilité

  . le maintien d'une position par rapport à la gravité
  . les perturbations de la fonction motrice impliquant la force musculaire et/ou l'amplitude articulaire et/ou le tonus musculaire et/ou le trophisme musculaire
  . l'étendue de la restriction: les parties du corps impliquées
  . la présence d'une altération de la perception sensorielle

Une ou plusieurs de ces caractéristiques peuvent être présentes. Elles nous donnent des indices pour évaluer le degré de la mobilité.

- Une restriction de la mobilité peut entraîner des conséquences sur tous les systèmes biologiques et déclencher diverses réactions émotionnelles.

Conséquences de la restriction de la mobilité

Les conséquences sur les systèmes biologiques peuvent être*:

. sur la peau: escarre de décubitus
. sur le système cardio-vasculaire: hypotension orthostatique, thrombo-phlébite
. sur le système respiratoire: infection, atélectasie
. sur le système gastro-intestinal: constipation
. sur le système musculo-squelettique: contracture
. sur le système urinaire: lithiase infection urinaire
. sur le système nerveux: altération de la perception sensorielle.

* *Compléter en se référant à:*
Kozier (1983, p.627-629);
Mitchell (1981,p.347-369);
Thompson (1973, n°2);
Down (1974, n°4);
Lentz (1981, n°4)

La restriction de la mobilité diminue l'environnement physique et social de l'individu et entraîne des changements dans le style de vie, l'image corporelle et le rôle social. En conséquence l'individu peut manifester des réactions émotionnelles* se traduisant par:

. différents niveaux d'anxiété
. de l'agressivité
. de la dépression
. de la dépendance

* *Compléter en se référant à:*
Kozier (1983, p.626);
Mitchell (1981, p.349);
Carpenito (1983, p.144-508)

Ces conséquences peuvent varier en fonction de l'âge, de la durée et du degré de la restriction*. Il est évident qu'une restriction totale de mouvement ou la perspective d'un handicap permanent est susceptible d'engendrer plus de risques au point de vue physique, psychologique et social.

* *Compléter en se référant à: Mitchell (1981, p.347); Carnevali (1970, n°7)*

MANIFESTATIONS*

* *Inspiré de Carpenito (1983, p.270-274)*

Données subjectives

- Les manifestations suivantes peuvent être associées à une restriction de la mobilité:
  - . la douleur
  - . la fatigue
  - . l'engourdissement
  - . la faiblesse
  - . l'anxiété*

* *Voir diagnostic anxiété*

Données objectives

- La restriction du mouvement peut être caractérisée par:
  - . une diminution ou une absence de force musculaire
  - . une diminution ou une augmentation de tonus musculaire
  - . une diminution du trophisme musculaire
  - . une diminution dans l'amplitude du mouvement articulaire
  - . une difficulté dans la coordination des mouvements
  - . une difficulté à se mouvoir:
    - *à se bouger dans son lit*
    - *à s'asseoir*
    - *à se lever*
    - *à se déplacer à l'extérieur du lit*
    - *à marcher*

. une difficulté à se tenir en équilibre
. une difficulté dans la préhension des objets
. une difficulté dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.)

ÉTAT DE SANTÉ RECHERCHÉ

Le but des soins infirmiers est de:

- promouvoir un niveau optimal de mobilité
- prévenir les complications reliées à la restriction de la mobilité

PLANIFICATION DES SOINS

A) - Objectifs généraux en regard des déficits de la fonction motrice

Que le client parvienne à:

. maintenir ou augmenter la force musculaire au niveau des membres
. augmenter l'amplitude du mouvement articulaire
. exprimer ses émotions face à la restriction de la mobilité

- Interventions*

. évaluer la fonction motrice au niveau de chaque membre:

force musculaire
tonus musculaire
amplitude des mouvements articulaires
coordination des mouvements

* *Les interventions peuvent varier en fonction d'une restriction totale ou partielle de mouvement impliquant l'une ou plusieurs parties du corps*

. évaluer l'équilibre en station debout
. évaluer les habilités à se mouvoir
  à s'asseoir
  à se tourner dans son lit
  à se lever
  à se déplacer à l'extérieur du lit
  à marcher
. évaluer sa motivation: participation, collaboration dans les soins
. évaluer le niveau d'anxiété* — * *Voir diagnostic anxiété*
. établir un climat de confiance et une attitude d'écoute
. donner du support, encourager la motivation
. effectuer les exercices passifs* en continuité avec la physiothérapie — * *Pour la description des techniques, consulter: Kozier (1983, p.602-612); Carpenito (1983, p.267)*
. assister le client dans l'exécution des exercices actifs (se référer à la prescription médicale s'il y a lieu)
. encourager l'exécution des exercices respiratoires
. installer le client en position* fonctionnelle ou en position d'inhibition* — * *Carpenito (1983, p.270)* * *Bobath (1979)*
. établir avec le client un horaire pour le changement de position (au moins aux deux heures)
. effectuer progressivement le passage de la position horizontale à la position verticale
. observer les points de pression, effectuer des massages
. établir avec le client un horaire d'hydratation
. s'assurer que le client reçoive une alimentation bien équilibrée: augmenter l'apport en protéines, en cellulose, s'assurer qu'il en comprend les principes
. en présence de douleur, donner la médication prescrite avant l'activité et appliquer de la chaleur ou du froid

. renseigner le client sur les conséquences de la restriction de la mobilité et sur les moyens visant à les prévenir ou les minimiser

exercices

changement de position

alimentation

hydratation

B) - Objectifs généraux en regard des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.)

Que le client parvienne à:

. augmenter son endurance face à l'activité

. effectuer les A.V.Q. dans les limites de ses capacités

- Interventions

. évaluer l'endurance face à l'activité: pouls, tension artérielle, respiration avant et après l'activité

. équilibrer les périodes d'activités et de repos

. augmenter progressivement la reprise des activités* concernant

l'alimentation

l'hygiène

le lever

la marche

. modifier l'environnement pour favoriser l'autonomie

. respecter le rythme du client

. valoriser les efforts, les progrès

* *Pour compléter se référer à: Carpenito (1983, p.273)*

C) - Objectifs généraux en regard des moyens d'assistance

Que le client parvienne à:

. utiliser les moyens permettant de compenser les déficits de la mobilité

. se protéger des complications lors de l'usage de limites mécaniques

- Interventions

. renseigner et assister le client sur l'usage des moyens d'assistance*:

les béquilles
la canne
la marchette
les prothèses
les orthèses
la chaise roulante

* *Pour compléter se référer à: Kozier (1983, p.621-625); Carpenito (1983, p. 267,272-274, 275-277)*

. renseigner le client sur les précautions* visant à prévenir les blessures et les déformations lorsqu'il est porteur:

d'une traction
d'un plâtre
d'orthèses

* *Carpenito (1983, p. 246,247,274)*

2.3.2.4 ALTÉRATION DE LA PERCEPTION SENSORIELLE

DÉFINITION*

* *Compléments à la définition: Carpenito (1983, p.397); Jones (classification); Shortridge (1982, p. 367, 376-378)*

Etat dans lequel l'individu subit (ou risque de subir) des changements dans la quantité, la qualité et l'interprétation des stimuli. L'individu émet alors des réponses modifiées (diminuées, exagérées ou déformées) ou n'émet aucune réponse à ces stimuli

FACTEURS D'ÉTIOLOGIE

Reliés à la physio-pathologie

- L'altération de la perception sensorielle peut être secondaire à un processus pathologique* congénital ou acquis et à un traumatisme:
  - . au niveau des organes des sens: cécité, surdité,...
  - . au niveau du système nerveux: accident cérébro-vasculaire, traumatisme médullaire, encéphalite, méningite, ...
  - . au niveau des fonctions métaboliques: déséquilibres hydro-électrolytiques, acidose, alcalose, élévation de l'urée et de l'ammoniaque dans le sang,...

* *Toute maladie est susceptible de diminuer l'efficacité des organes sensoriels*

Reliés à des événements

- L'altération de la perception sensorielle peut survenir en présence de:
  - . thérapie médicamenteuse: sédatifs, hypnotiques, tranquilisants, psychotropes, amphétamines, ...
  - . abus de drogues, d'alcool

. environnement restreint: techniques d'isolement, soins intensifs, longue hospitalisation, vie en institution
. environnement bruyant
. chirurgie au niveau des organes des sens, ...
. états qui entraînent:
restriction de la mobilité: repos au lit, traction, ...
douleur
fatigue, insomnie
anxiété sévère
dépression
troubles de la pensée
altération de la conscience

Reliés à des périodes de croissance

- L'altération de la perception sensorielle peut survenir chez:
  . l'enfant: en raison d'une séparation d'avec la mère, d'une stimulation excessive ou insuffisante
  . l'adulte: en raison des conditions de travail
  . la gestante: en période intense de travail
  . la personne âgée: en raison des perturbations au niveau des organes des sens et de l'isolement social

DYNAMIQUE

Pour mieux comprendre ce concept, il importe de préciser le processus de la perception sensorielle et les problèmes engendrés par cette altération.

- Le processus de la perception sensorielle peut être défini comme "l'habileté d'organiser et d'interpréter des stimulations captées par le système sensoriel"*. Ce mécanisme d'interprétation est plus ou moins connu.

Processus de la perception sensorielle

* *Séguin-Langlois (1982, n° 7, p. 12)*

Il semble toutefois évident que le thalamus, l'hypothalamus et le système réticulé auraient un rôle à jouer dans l'interprétation des stimuli. Lindsley* a émis l'hypothèse que le système réticulé est le baromètre servant à régulariser ou ajuster les niveaux d'entrée ou de sortie des stimuli provenant de l'environnement interne et externe. S'ils sont insuffisants (privation sensorielle) ou s'il y en a trop (surcharge sensorielle)*, il se produit une diminution des entrées et conséquemment une altération de la perception sensorielle. Toutefois la quantité optimale de stimuli nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme est individuelle, elle dépend de l'environnement habituel de la personne.

* *Dans Mitchell (1981, p.312)*

* *Kozier (1983, p.876)*

Les autres facteurs susceptibles d'influencer le processus de la perception sensorielle sont:

. la qualité des stimuli (intensité* et variété): un environnement significatif prédispose à un comportement adéquat

* *Pour compléter, référer à Spence et Mason (1983, p.308)*

. l'intégrité des récepteurs sensoriels

*<u>Les extérocepteurs</u> "réagissent aux stimuli provenant de la surface du corps tels que le toucher, la pression, la douleur, la température, la lumière et le son"**

* *Spence et Mason (1983, p.288)*

*<u>Les intérocepteurs</u> "sont sensibles à la pression, à la douleur et aux modifications chimiques du milieu interne"**

* *Idem*

*<u>Les propriocepteurs</u> "sont des intérocepteurs qui informent de la position des différentes parties du corps sans qu'il soit nécessaire de les observer"**

* *Idem*

. l'intégrité du système nerveux, entre autres, l'état d'éveil* condition indispensable à la perception sensorielle

* *Pour compléter se référer à Kozier (1983,p.895); Mitchell (1981, p.313)*

. le développement normal de la perception sensorielle chez l'enfant

. la capacité d'entrer en communication avec les autres

. la capacité de se mouvoir: la formation réticulée est habituée à un certain niveau d'activité qui favorise la perception sensorielle

- La perception sensorielle étant essentielle à la connaissance de soi et de l'environnement extérieur, une altération à ce niveau peut se traduire par des problèmes d'ordre physique, cognitif et émotionnel. Ceux-ci varient en fonction de l'âge, des capacités d'adaptation* de l'individu et de la présence de déficits permanents. Ainsi lorsque l'altération de la perception sensorielle survient chez l'enfant, elle risque d'engendrer des conséquences majeures sur le développement sensoriel, moteur, intellectuel et affectif*.

Problèmes engendrés par l'altération de la perception sensorielle

* *Mitchell (1981, p.326)*

* *Idem, p.318-320*

Les gens extravertis semblent avoir une plus grande capacité d'adaptation à l'altération de la perception sensorielle que ceux qui sont introvertis*.

* *Shortridge (1982, p.376)*

La présence de déficits permanents représente une menace réelle à la modification de l'image corporelle*.

* *Pour plus de détails voir altération de l'image de soi*

Les manifestations reliées à une surcharge sensorielle ou à une privation sensorielle sont relativement semblables*. Cependant, pour orienter les interventions de l'infirmière, il apparaît essentiel de déterminer si l'altération de la perception sensorielle est secondaire à une surcharge ou à une privation sensorielle.

* *Mitchell (1981, p.329-330)*

DIFFÉRENCIATION DU PROBLÈME

Il importe de remarquer que l'altération de la perception sensorielle se distingue des diagnostics de confusion, de troubles de la pensée et d'altération de la conscience.

- La confusion* se définit comme un état dans lequel l'individu présente un degré diminué d'orientation face aux personnes, au temps, au lieu, aux objets (illusions) et aux intentions. Elle implique une altération de la capacité à résoudre des problèmes et une altération de la mémoire.

* *Jones (classification)*

- Les troubles de la pensée* se définissent comme un état dans lequel l'individu éprouve une difficulté à distinguer entre ce qui est réel et ce qui est irréel: pensées, images ou idées préoccupantes (illusions, hallucinations, logique boiteuse, informations fausses, rituels, obsessions, etc.). Cela comprend également une désorientation et une altération de la capacité à résoudre les problèmes.

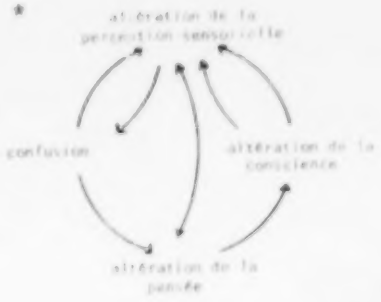
* *Idem*

- L'altération de la conscience* se définit comme un état dans lequel l'individu présente différents niveaux de réponse aux stimuli externes: somnolence, stupeur, coma. Elle inclut également les difficultés actuelles ou potentielles en regard de l'orientation (lieu, objets, personnes, ...) et la capacité à résoudre les problèmes.

* *Idem*

Ces trois diagnostics infirmiers peuvent être envisagés comme des facteurs d'étiologie et comme des conséquences de l'altération de la perception sensorielle*.

*



MANIFESTATIONS*

* *Carpenito (1983, p. 398, 400-404)*

- Données subjectives
  - . peur, anxiété
  - . changements dans l'acuité sensorielle
  - . désorientation dans l'espace, le temps et méconnaissance des personnes
  - . propos incohérents, pensées bizarres
  - . illusions* ou hallucinations visuelles ou auditives
  - . cauchemars
  - . difficultés à se concentrer
  - . changements dans la couleur, la grandeur et le contour des objets*
  - . lenteur à saisir les idées et à les communiquer: difficulté dans l'abstraction, la conceptualisation et la mémorisation

* *Kozier (1983, p.878)*

* *Exemples de distorsions dans Mitchell (1981, p. 316)*

- Données objectives
  - . changements rapides d'humeur
  - . apathie
  - . retrait, dépression
  - . agressivité
  - . agitation et irritabilité
  - . difficultés dans la capacité de résoudre ses problèmes et de se conformer aux exigences de son traitement
  - . perturbations au niveau du sommeil, de l'alimentation et des habitudes d'hygiène
  - . changements dans la réponse aux stimuli
  - . incoordination motrice

ÉTAT DE SANTÉ RECHERCHÉ

Le but des soins infirmiers est de:

- promouvoir un niveau optimal de perception sensorielle
- prévenir l'altération de la perception sensorielle

PLANIFICATION DES SOINS*

* Carpenito (1983, p.400-406); Shortridge (1982, p.379-391); Kozier (1983, p.879-880)

A)- Objectifs généraux en regard de la privation sensorielle

Que le client parvienne à:

. augmenter sa perception de la réalité
. réduire son agitation (s'il y a lieu)
. réduire son apathie

- Interventions

. évaluer les réponses du client aux différents stimuli*

* Pour compléter se référer à Kopac (1983, nº2)

vision:
accomodation à la lumière
capacité de lire
champ visuel
mouvement des yeux

audition
capacité d'entendre les bruits
réactions au bruit

toucher
différenciation des textures
différenciation du chaud et du froid
capacité de distinguer les objets, les yeux fermés

sensibilité proprioceptive

attitude lors des déplacements

capacité à identifier le mouvement d'une partie du corps, les yeux fermés

. évaluer l'environnement habituel du client: quantité et qualité des stimuli

. évaluer l'orientation dans l'espace, le temps et la reconnaissance des personnes

. augmenter les stimuli

auditifs: radio, instrument

visuels: miroir, décoration

olfactifs: fleurs, parfum

tactiles: animaux de peluche

gustatifs: alimentation variée

. encourager le client à augmenter ses activités dans les limites de ses capacités

lever

changement de position

exercice, marche

. encourager l'activité intellectuelle: lecture, jeux (casse-tête, analogie*)

. favoriser la participation dans les soins

. encourager les activités en groupe, favoriser les contacts avec les autres clients

. informer le client des changements qui peuvent survenir (traitement, équipement, ...)

. assurer une continuité au niveau du personnel

. s'identifier auprès du client et le visiter fréquemment

. encourager la famille à apporter des objets familiers

. pour renseigner le client sur une activité quelconque: donner une explication à la fois, ces explications doivent être simples, progressives, concrètes

* *Exemple d'analogie: si le feu est chaud, la glace est _____.*

. parler lentement

. si le client présente des illusions*:

reconnaître le vécu émotionnel (ex.: "Je vois que vous êtes effrayé")

tenter d'expliquer l'événement en termes de stimuli (ex.: "L'ombre que vous avez vue était celle du panier")

assister le client dans la prise de décision

. si le client présente de la désorientation:

noter le début (subit ou progressif), la durée (continue ou intermittante) et le moment de la journée

orienter dans l'espace, le temps (horloge, calendrier) et face aux personnes

* *Kozier (1983, p.880) Pour compléter se référer à l'altération des processus de la pensée dans Carpenito (1983, p.472-475)*

B) - Objectifs généraux en regard de la surcharge sensorielle

Que le client parvienne à:

. augmenter sa perception de la réalité

. réduire son agitation

- Interventions

. évaluer les réponses du client aux différents stimuli*

. évaluer l'environnement habituel du client

. évaluer l'orientation dans le temps, l'espace et la reconnaissance des personnes

. informer le client des changements qui peuvent survenir

. réduire les lumières vives

. réduire les bruits excessifs

. installer le client le plus loin possible de la source du bruit

. réduire le nombre de visiteurs et la durée des visites

* *Voir privation sensorielle*

. regrouper les soins de manière à favoriser des périodes de repos

. réduire les craintes en expliquant les équipements, la source des bruits

. prévenir les accidents, garder les côtés de lit levés, utiliser des contraintes* seulement si l'individu représente un danger pour lui et les autres

. en présence de désorientation* et d'illusions* initier des mesures visant à améliorer la perception de la réalité

* *Misik (1981, n°8)*

* *Voir privation sensorielle*

* *Se référer à Carpenito (1983, p.472-475)*

2.3.2.5 CHAGRIN

DÉFINITION*

* *Complément à la définition: Carpenito (1983, p. 203)*

Etat dans lequel l'individu vit une perte soit réelle, soit perçue comme telle ou un état dans lequel l'individu réagit à la pensée d'une perte future

FACTEURS D'ÉTIOLOGIE*

* *Compléter en se référant à Carlson (1982, p.130-136); Roy (1976, p.192-200)*

Reliés à la physio-pathologie

- Perte d'une fonction (réelle ou potentielle) reliée à un désordre du système:
  - . neurologique
  - . cardio-vasculaire
  - . sensoriel
  - . musculo-squelettique
  - . digestif
  - . respiratoire
  - . rénal
  - . endocrinien

- Perte d'une fonction et/ou d'une partie du corps reliée à:
  - . un traumatisme
  - . une chirurgie (mastectomie, colostomie, hystérectomie, entre autres)

Reliés à des événements

- Maladie chronique
- Maladie en phase terminale

- Changement dans le style de vie
  - . naissance
  - . séparation
  - . divorce
  - . départ d'un enfant de la maison
  - . perte ou changement de travail
  - . retraite*
  - . changement de fortune
  - . perte d'un milieu sécuritaire
- Plusieurs pertes ou crises
- Manque de soutien social
- Perte de valeurs symboliques (succès, prestige, honneur, entre autres)

* *Se référer à Carnevali (1979); Kozier (1983, p.885)*

Reliés à des périodes de croissance

- Perte associée à la croissance*
  - . amis
  - . profession
  - . travail
  - . foyer

* *Se référer à Carpenito (1983, p.203)*

DYNAMIQUE

- Le chagrin est la réponse émotionnelle à la perte*. Les étapes du deuil peuvent être résolues en autant que la personne prenne conscience de son chagrin et l'exprime de façon à réinvestir dans de nouvelles relations.

* *Idem, p.205*

- Le chagrin est consécutif à la perte. La perte peut survenir sans la mort; quand une personne vit une ou plusieurs pertes (d'objet, d'amitié), le chagrin et le deuil s'ensuivent.

- La perte d'une partie du corps ou d'une fonction est suivie d'une période de chagrin et de deuil*. Le chagrin est semblable à la perte de n'importe quel objet de valeur.

  * *Se référer à Carpenito (1983, p.393)*

- Le chagrin de l'individu est influencé par plusieurs facteurs comme:
  . la personnalité
  . l'anticipation des pertes
  . le niveau d'intimité des relations
  . les ressources personnelles
  . le niveau d'importance de la perte pour l'individu.

- Engel et Kübler-Ross ont étudié le processus du chagrin. Engel le divise en trois* étapes:
  . choc et déni
  . prise de conscience
  . adaptation (restitution) et guérison

  * *Se référer à Carpenito (1983, p.205); Kozier (1983, p.886)*

  alors que Kübler-Ross décrit cinq* étapes du deuil et de l'approche de la mort:
  . refus et isolement
  . irritation
  . marchandage
  . dépression
  . résignation

  * *Se référer à Kübler-Ross (1969)*

- Un chagrin non résolu* est une réponse pathologique à une négation prolongée de la perte: régression progressive, dépression ou isolement de plus en plus profond, manifestations somatiques prolongées, obsessions, phobies, illusions, hallucinations et tentatives de suicide, ...

  * *Se référer à Carpenito (1983, p.206)*

- Il est important de distinguer la dynamique psychologique de l'enfant hospitalisé et sa réaction à la mort.

Même si elles peuvent causer de l'anxiété à l'enfant, il est important que celui-ci ait des périodes de séparation* avec sa famille, dans le but d'acquérir son autonomie, son indépendance et son individualité.

* *Se référer à Carpenito (1983, p.395)*

Dynamique psychologique de l'enfant hospitalisé

Chez les enfants, la séparation d'avec les parents amorce, selon Robertson*, un processus qui va de la protestation au désespoir et au refus. Dans la phase de protestation, l'enfant est agité, il pleure beaucoup, regarde ardemment pour reconnaître les signes et les bruits qui peuvent indiquer la présence des parents; il peut à ce stade rejeter le réconfort des membres du personnel. Dans la phase de désespoir, l'enfant essaie très peu de modifier l'environnement, les pleurs diminuent et l'apathie s'installe. C'est un état de tristesse qui est souvent interprété à tort comme un signe positif. Dans la phase de refus ou de négation, l'enfant montre de l'intérêt pour son entourage et une résignation à la séparation. Il peut sembler avoir oublié tout à fait le parent et accepter son départ sans se plaindre ...

* *Pétrillo (1976, p.64)*

Réactions de l'enfant à la mort

Elles sont reliées à son développement mental et à la réaction des autres personnes importantes affectivement qui l'entourent. Sa compréhension varie selon son âge*:

* *Se référer à Carpenito (1983, p.206); Pétrillo (1976, p.207)*

- moins de trois ans: l'enfant ne comprend pas la mort et a peur des séparations
- de trois à cinq ans: l'enfant voit la mort comme une punition; il a une vague conception de la mort, la voit comme une finalité: sa conception du temps n'étant pas développée, il peut voir la mort comme une sorte de sommeil. Il peut exprimer une pensée magique qui serait la cause de l'événement (ex.: par de mauvaises pensées au sujet de la personne)
- de six à dix ans: l'enfant commence à avoir peur de la mort; il essaie d'expliquer l'événement (ex.: le démon, un fantôme, dieu, ...); il associe la mort avec la mutilation et la punition; il peut ressentir la responsabilité de l'événement
- à onze et douze ans: habituellement, l'enfant a une conception adulte de la mort, celle-ci étant inévitable, irréversible et universelle; ses attitudes sont fortement influencées par les réactions des parents et des autres personnes importantes affectivement. Il est très intéressé par les services post-mortem et les rituels.

Les enfants peuvent utiliser un langage symbolique ou non verbal pour communiquer leur conscience de la mort et du deuil. Ils doivent être encouragés à communiquer symboliquement à travers l'écriture, en racontant une histoire ou en dessinant. Ils ont besoin de sentir distinctement les joies et les peines de la vie, afin d'apprendre à intégrer de façon appropriée les différents événements de celle-ci.

DIFFÉRENCIATION DU PROBLÈME

L'impuissance, la solitude, la tristesse, la culpabilité et la colère se différencient du chagrin.

L'impuissance* est un état où l'individu perçoit un manque de contrôle personnel envers certains événements ou situations.

* *Carpenito (1983, p.332)*

La solitude* est un état dans lequel l'individu vit un besoin ou désire prendre contact avec d'autres personnes mais en est incapable.

* *Idem, p.446*

La tristesse est un état d'insatisfaction ou de malaise.

La culpabilité* est un sentiment douloureux associé à la transgression des croyances morales et caractérisé par l'incompétence et l'auto-accusation.

* *Kozier (1983, p.867); Wilson (1982, p.808)*

La colère* est la réponse à une frustration et à l'anxiété.

* *Voir le diagnostic anxiété*

MANIFESTATIONS*

* *Se référer à Beck (1984, p.959)*

Nous distinguons deux types de chagrin: le chagrin fonctionnel et le chagrin pathologique et signalons que les manifestations peuvent être différentes d'un type de chagrin à l'autre

Reliées au chagrin fonctionnel

- Manifestations physiques
  - . pleurs
  - . calme, pondération
  - . gémissements ou silence
  - . masse ou resserrement à la gorge

. souffles courts
. soupirs
. vide dans l'abdomen
. manque de puissance musculaire
. perte d'appétit
. insomnie
. altération de la libido

- Manifestations émotionnelles
  . colère
  . culpabilité
  . hostilité
  . douleur
  . peur de perdre le contrôle
  . dépendance
  . ambivalence

- Manifestations intellectuelles
  . attention centrée sur la perte
  . difficulté à faire des relations dans le "ici et maintenant"
  . concentration diminuée
  . sens de l'irréel

- Manifestations sociales
  . éloignement des personnes importantes affectivement
  . manque de chaleur dans les relations fortuites
  . rigidité dans les manières sociales
  . isolement

- Manifestations spirituelles
  . sentiment présent de la mort
  . recherche d'un sens à la vie et à la mort

Reliées au chagrin pathologique

- Manifestations physiques
  - . anorexie ou gloutonnerie
  - . insomnie ou sommeil excessif
  - . cri aigu incontrôlé ou mutisme
  - . essoufflement
  - . épuisement
  - . serrement cardiaque
  - . diarrhée
  - . vomissement
  - . faiblesse
  - . impuissance
  - . ralentissement psycho-moteur

- Manifestations émotionnelles
  - . exubérance ou inhibition
  - . hostilité
  - . vide affectif
  - . tourment
  - . labilité
  - . tentatives homicidaires ou suicidaires
  - . idée obsédante du chagrin
  - . méfiance
  - . désespoir
  - . négation de la perte

- Manifestations intellectuelles
  - . illusion
  - . hallucination
  - . confusion ou désorientation
  - . manque de concentration
  - . difficulté de mémorisation

- Manifestations sociales
  - . comportement isolé ou accaparant (manipulateur)
  - . exhibitionnisme
  - . démêlé avec la justice
  - . abus de médicaments et d'alcool

- Manifestations spirituelles
  - . religiosité ou athéisme
  - . faiblesse
  - . désespoir
  - . impuissance ou omnipotence

ÉTAT DE SANTÉ RECHERCHÉ

Le but des soins infirmiers est de:

- favoriser l'expression du chagrin
- prévenir les réactions reliées à un chagrin non résolu

PLANIFICATION DES SOINS

A) -Objectif général en regard de l'expression du chagrin

Que le client parvienne à exprimer les sentiments reliés à son chagrin

-Interventions

. développer une relation de confiance

encourager le client à exprimer ses sentiments dans des rencontres individuelles ou de groupe

*communiquer clairement, simplement et précisément nos perceptions, nos sentiments** * Bouchard (1983)

vérifier ce que la personne a compris en utilisant la reformulation

offrir du support et rassurer

créer un milieu thérapeutique

établir un environnement sécuritaire et intime, tout en étant sensible à sa crainte face à l'intimité

démontrer du respect pour la culture, la religion, la race et les valeurs de la personne

. supporter les réactions de chagrin de la personne

lui expliquer ses réactions de chagrin et l'aider à les identifier

être attentif aux expressions possibles: comportement exalté, comme une défense contre la dépression; l'hyperactivité, comme une réaction d'amour et de protection contre la dépression; manifestations somatiques, comme une perte ou gain de poids

. vérifier les expériences passées de perte, par exemple la perte dans l'enfance d'une personne importante affectivement

. éviter l'utilisation abusive de sédatifs et de tranquilisants qui peuvent empêcher et/ou retarder l'expression émotionnelle de la perte

B) -Objectif général en regard des différentes réactions

Que le client vive les différentes phases du chagrin avec un minimum de heurts

-Interventions

. déni

le reconnaître comme une réponse habituelle et nécessaire

donner du support

. isolement

écouter la personne et passer fréquemment du temps avec elle

exprimer un sentiment d'acceptation en permettant le chagrin

renforcer la valeur de la personne en permettant l'intimité

. dépression* — * Voir le diagnostic violence potentielle

renforcer l'estime de soi chez la personne: commencer par de simples résolutions de problèmes

identifier le niveau de dépression et développer une approche adéquate

identifier n'importe quel indice de comportement suicidaire (phrases fréquentes d'intention, de plan)

assurer une présence constante

manifester une compréhension empathique au chagrin ("Ce doit être très difficile")

. colère* — * Voir le diagnostic anxiété pour des interventions additionnelles

comprendre que ce sentiment remplace habituellement le déni

permettre de pleurer pour libérer cette énergie; encourager l'expression verbale de la colère

écouter la personne et lui communiquer nos préoccupations

encourager le support de personnes importantes sur le plan affectif aussi bien que sur le plan professionnel

. culpabilité

encourager le plus possible l'expression directe des sentiments

explorer des méthodes pour résoudre le problème de la culpabilité* (Ex.: la confrontation) — * Se référer à Carpenito (1983, p.212)

. peur

centrer sur le présent et maintenir un climat de sécurité

aider la personne à explorer les raisons de sa peur

explorer avec elle des modes d'adaptation

. rejet

rassurer la personne en lui expliquant ce qui arrive (reconnaître que l'expression de la colère peut provoquer un rejet de la part de personnes importantes affectivement)

. dépendance

aider la personne à se prendre en charge, l'aider à prendre des décisions dans le but de renforcer son estime d'elle-même

. manipulation

aider la personne à faire des demandes claires

C) -Objectif général en regard de l'enfant hospitalisé

Que l'enfant réagisse à l'hospitalisation par divers modes d'expression

-Interventions

. préparer l'enfant à l'hospitalisation*

lui fournir des explications

lui faire visiter l'hôpital pour lui faire rencontrer le personnel et lui permettre de prendre contact avec l'environnement

* *Pour compléter, se référer à Fréchette (1981); Royer (1982); Pétrillo (1976, p.133-197)*

. lui donner l'opportunité de partager ses peurs, ses préoccupations et sa colère; reconnaître la normalité de celles-ci

corriger les mauvaises perceptions que l'enfant possède: qu'il sera puni ou que ses parents seront choqués ...*

* *Pour compléter, se référer à Knowles (1981, n°4)*

encourager la famille à rester avec lui ou à le visiter, même si l'enfant se met à pleurer quand elle le quitte; enseigner à la famille à lui fournir une information exacte sur le moment de son départ, afin de réduire la peur d'abandon

permettre aux parents de collaborer aux soins

. aider l'enfant à comprendre ses expériences, lui donner des explications préalables, si possible

expliquer les sensations et les inconforts reliés aux conditions, au traitement et à la médication

lui permettre de pleurer

D) -Objectif général en regard des manifestations pathologiques du chagrin

Que le client parvienne à réduire les manifestations pathologiques du chagrin

-Interventions

. identifier les réactions pathologiques du chagrin*: illusions, hallucinations, phobies, obsessions, isolement, somatisation , hyperactivité constante, vide affectif, indications suicidaires, difficulté à pleurer et à contrôler ses pleurs, perte de contrôle de l'environnement, état désespéré, impuissance, ...

. aider la personne à identifier ses réactions

. trouver avec elle des moyens de les diminuer

. référer la personne au besoin à un psychiatre, à une infirmière thérapeute, à un psychologue ou à un conseiller, ...

* *Se référer à Carpenito (1983, p.212)*

2.3.2.6 ALTÉRATION DE L'IMAGE DE SOI

DÉFINITION

Etat par lequel l'individu vit ou risque de vivre un changement négatif par rapport à sa façon de se sentir ou de se voir. Ceci peut induire un changement de l'image corporelle, de l'estime de soi, de son rôle ou de son identité personnelle

* *Carpenito (1985, p.389)*

FACTEURS D'ÉTIOLOGIE

Une altération de l'image de soi peut surgir à la suite d'une variété de problèmes de santé, de situations et de conflits

Reliés à la physio-pathologie

- Perte d'une ou des partie(s) du corps
- Perte d'une ou des fonction(s)
- Traumatisme sévère ou handicap

Reliés à des événements

- Divorce, séparation ou mort d'une personne importante affectivement
- Perte d'un travail ou de la capacité de travailler
- Hospitalisation, maladie chronique ou terminale
- Douleur
- Chirurgie
- Obésité ou anorexie
- Grossesse
- Diminution ou perte d'une fonction

Reliés à des périodes de croissance

- Enfance et pré-scolaire
  . privation affective

- Jeune adulte* * *Mahon (1982)*
  . pression des pairs
  . puberté (ex.: acné)

- Adulte
  . signes de vieillesse: perte de cheveux ou cheveux grisonnants
  . niveau hormonal réduit: ménopause

- Troisième âge
  . pertes de personnes importantes affectivement
  . pertes de fonction
  . pertes financières
  . retraite

Autres* * *Se référer à Carpenito (1983, p.389)*

- Mouvements féministes
- Révolution sexuelle et culturelle

DYNAMIQUE

- L'image de soi* comprend quatre composantes: l'image corporelle, l'estime de soi, le rôle et l'identité personnelle. * *Pour compléter, se référer à L'Écuyer (1975); Lévesque-Cardinal (1982, p.36)*

  L'image corporelle* est l'ensemble des données conscientes et inconscientes, des sentiments et des perceptions que l'on se fait au sujet de son corps. Cette image de soi est différente de celle que s'en font les * *Se référer à Schmouth-Valois et al.(1981,p.48); Carpenito (1983, p.392); Carlson (1982, p.17); Fawcett et al. (1980)*

autres et il y a souvent un décalage entre le changement réel du corps et le changement dans l'image corporelle. L'image corporelle est influencée, par exemple durant la grossesse, par suite des changements biologiques, psychologiques et des changements de rôles. L'image corporelle est la base de l'identité; elle est nommée l'"ego somatique".

L'estime de soi *est la personnalité de l'individu, le jugement subjectif de sa valeur. Elle résulte d'une évaluation de ses compétences et de la normalité sociale.

* *Se référer à Roy (1976, p.176); Kozier (1983, p.863)*

La fonction de rôle peut être influencée par la culture, le développement biologique (ex.: adolescence, climatère), la maladie, l'économie (ex.: dépendance ou autonomie financière), la famille (ex.: mariage, maternité, paternité), l'éducation, le travail et le milieu social (ex.: la classe sociale).

L'identité personnelle* est la définition de l'individu de ce qu'il est comme personne possédant des qualités particulières et distinctes de celles des autres.

*Kozier (1983, p.867)

- De nombreuses <u>altérations</u> peuvent intervenir au niveau:
  - de l'image corporelle: se voir différemment comme le résultat d'un changement réel ou perçu dans sa structure corporelle ou sa fonction
  - de l'estime de soi: manque de confiance dans sa capacité d'accomplir ce que l'on désire
  - du rôle: incapacité de remplir des fonctions et des activités attendues d'un rôle particulier que la société nous assigne
  - de l'identité personnelle: trouble dans la perception de soi (ex.: "Qui suis-je?")

- Développement du concept de soi

Un concept de soi se développe. Chez l'enfant*, par exemple, son concept de soi résulte des changements survenus pendant ses premières phases de développement:

* *Se référer à Kozier (1983, p.862); Roy (1976, p.171-173, 182-190); Carpenito (1983, p.392)*

. de la naissance à un an: il apprend à tolérer de petites frustrations et à faire confiance
. de un an à trois ans: il apprend à aimer son corps, à maîtriser ses habiletés motrices et verbales et à parfaire son entraînement à la propreté
. de trois à six ans: il apprend à distinguer les différences sexuelles, à prendre des initiatives, à s'identifier au modèle parental et à développer ses habiletés verbales et motrices
. de six à douze ans: il augmente ses activités, identifie clairement son rôle sexuel, développe des interactions avec ses pairs et exploite ses habiletés académiques

L'enfant traverse des périodes où son estime de soi diminue, par exemple, pendant l'adolescence. Afin de développer et de maintenir son estime de soi*, l'enfant a besoin de se sentir valorisé, différent quelquefois et aimé plus que n'importe quel autre enfant.

* *Se référer à Carpenito (1983, p.393)*

DIFFÉRENCIATION DU PROBLÈME

Une altération de l'image de soi se manifeste de différentes façons. Par contre, un individu peut réagir par une détresse spirituelle, une peur ou une adaptation individuelle inadéquate (Ineffective Individual Coping) qui sont des états différents de l'altération de l'image de soi. Soulignons ces différences.

La détresse spirituelle* est un état dans lequel l'individu vit ou risque de vivre un dérangement dans ses croyances ou son système de valeurs, source de sa force et de ses espérances.

* *Carpenito (1983, p.451)*

La peur* est l'état dans lequel l'individu vit un sentiment de malaise douloureux en relation avec un stimulus identifié que la personne perçoit comme dangereux. Les réponses à la menace perçue peuvent être adaptées ou inappropriées.

* *Idem, p.177*

Une adaptation individuelle inadéquate* est un état qui reflète une incapacité à maîtriser adéquatement des "stresseurs" internes ou externes à cause de ressources insuffisantes (physiques, psychologiques ou comportementales).

* *Idem, p.144*

MANIFESTATIONS

Une altération de l'image de soi peut inclure un changement dans l'une ou plusieurs des composantes suivantes: image corporelle, estime de soi, fonction de rôle et identité. Aussi, la nature des changements causant l'altération peut être tellement variée qu'il n'y a pas de manifestations "types" à ce diagnostic.

- Les réactions peuvent comprendre:
  - . refus de toucher ou de regarder une partie de son corps
  - . refus de se regarder dans un miroir
  - . refus de discuter de cette limite, de cette difformité ou de ce défigurement
  - . refus d'accepter les efforts de réadaptation

- attentes irréalistes dans le cadre de son traitement
- négation de l'existence de cette difformité, de ce défigurement ou du changement dans son corps
- niveau de dépendance élevé envers les autres
- signes de chagrin*: pleurs, désespoir, colères, ...* *Se référer au diagnostic chagrin*
- refus de participer à ses soins ou de prendre des responsabilités dans ceux-ci (négligence)
- comportement d'auto-destruction: abus d'alcool et de médicaments
- hostilité ouverte envers la santé
- retrait des contacts sociaux
- changement dans ses habitudes de prendre ses responsabilités
- difficulté d'évaluer les capacités de son corps en relation avec ce qui l'entoure
- régression
- perception fausse de soi et de la réalité

ÉTAT DE SANTÉ RECHERCHÉ

Le but des soins infirmiers est:

- d'établir un climat de confiance et de promouvoir la valeur de l'image de soi

- de promouvoir les interactions sociales

- d'intervenir d'une façon appropriée aux situations

PLANIFICATION DES SOINS

A) -Objectifs généraux en regard de la relation de confiance

Que le client parvienne à:

- exprimer ses sentiments relatifs à une altération de l'image de soi
- rajuster sa perception de soi
- retrouver une perception juste de la réalité

-Interventions

- développer un climat de confiance* * *Voir le diagnostic anxiété*
- encourager la personne à exprimer ses sentiments face à son image de soi
- encourager la personne à poser des questions au sujet de:
  son problème de santé
  son traitement
  son progrès
  son pronostic
- donner une information inspirant la confiance et renforcer cette information
- clarifier tout doute de la personne au sujet de:
  lui-même
  ses soins
  ceux qui le soignent
- renforcer les aspects positifs et apprécier les progrès de la personne
- permettre la critique: accepter, par exemple, que la personne verbalise son hostilité
- assurer un environnement intime et un climat de sécurité

B) -Objectif général en regard des interactions sociales

Que le client accepte des interactions sociales

-Interventions

. encourager la personne à accepter et à demander l'aide des autres
. permettre une surprotection au début, être davantage présent
. encourager et créer des activités qui augmentent l'autonomie de la personne
. supporter la famille comme des personnes qui ont aussi à vivre une nouvelle adaptation

C) -Objectifs généraux en regard de l'état de grossesse

Que la cliente:

. exprime son sentiment et ses attentes
. utilise positivement les ressources lui permettant de mieux s'adapter à sa grossesse

- Interventions

. encourager la femme enceinte à partager ses préoccupations
. s'attarder aux préoccupations de la cliente ou la référer pour consultation (ex.: médecin, C.L.S.C., cours prénatals ou postnatals)
. discuter des défis et des changements reliés à la grossesse et à la maternité
. encourager la cliente à exprimer ses souhaits
. l'aider à identifier des sources d'amour et d'affection
. donner les explications appropriées sur les différents changements provoqués par la grossesse

. fournir à la femme enceinte des conseils relatifs:
à la fatigue et à l'irritabilité
aux variations de l'appétit
aux troubles gastriques: nausées, constipations
aux douleurs du dos et des membres inférieurs
aux sautes d'humeur
aux changements du désir sexuel
aux peurs: de ne plus être attrayante, d'être une mère inadéquate, ...
. encourager le partage de préoccupations avec le conjoint ou toute autre personne importante affectivement

D) -Objectif général en regard de la perte d'une partie du corps ou d'une fonction

Que le client parvienne à s'adapter à sa nouvelle image

-Interventions*

. évaluer le sens de la perte en relation avec sa visibilité, sa fonction et son investissement émotionnel
. s'attendre à du déni, à de la colère ou à de la dépression de la part de l'individu*; lui permettre l'expression de ces émotions
. permettre à l'individu d'exprimer* ses sentiments, sa peine
. explorer des alternatives réalistes et les encourager
. explorer avec la personne ses points forts et ses ressources
. l'aider à se refaire une image corporelle
replacer la prothèse aussitôt que possible
l'encourager à voir et à toucher le site
. commencer tôt à l'intégrer aux soins de la partie amputée pour lui laisser graduellement la responsabilité de ses soins

* *Il est particulièrement important ici que l'étudiante développe des habilités face au fil conducteur "actualisation de soi"*

* *Se référer au diagnostic chagrin*

* *Exemple: par le jeu de rôle*

. informer la personne au sujet des ressources communautaires existantes

. maintenir le sens de l'intégrité chez l'enfant pendant ses périodes d'immobilité*

encourager les mouvements réalisés dans les limites de ses capacités

durant le bain, lui demander d'identifier les parties de son corps

donner à l'enfant l'accès à un miroir pour lui permettre de visualiser son corps

* *Voir diagnostic restriction de la mobilité*

2.4 ANALYSE DES PROBLÈMES PRIORITAIRES DE SANTÉ

On trouvera ici la présentation de la grille méthodologique mise au point par les chercheures puis une application de cette grille à deux situations types: le client qui présente une réaction schizophrénique et le client qui présente une cirrhose du foie. Ces situations ont été présentées de manière à fournir deux modèles d'application*. La situation du client qui présente une réaction schizophrénique énonce les diagnostics infirmiers à partir de l'analyse des données relevées dans une histoire de cas; alors que la situation relative à la cirrhose du foie présente d'emblée les diagnostics infirmiers reliés aux variables acuité et chronicité et les interventions qui en découlent.

* *Dans les modèles illustrant la perspective soins infirmiers, le lecteur remarquera des cercles en blanc. Ces derniers laissent place à d'autres diagnostics infirmiers qui pourraient se rajouter selon le contexte de la situation*

L'histoire de cas s'avère une formule pédagogique intéressante. Cependant une utilisation exagérée de ce procédé risquerait d'alourdir le contenu des cours et d'engendrer une certaine monotonie. La diversité dans la présentation des contenus favorise davantage la stimulation dans les processus d'apprentissage.

2.4.1 GRILLE MÉTHODOLOGIQUE POUR L'ANALYSE D'UN PROBLÈME PRIORITAIRE DE SANTÉ

ASPECT CLINIQUE

Acquérir une vue d'ensemble des problèmes de santé

Description des problèmes de santé en fonction
. des facteurs d'étiologie
. des manifestations
. de la thérapeutique

PERSPECTIVE SOINS INFIRMIERS Diagnostic et planification

Dégager les diagnostics en soins infirmiers et la planification des soins

Description d'une situation à partir d'une histoire de cas, d'un jeu de rôle, d'un séminaire, d'un atelier

PERSPECTIVE SOINS INFIRMIERS Variable

Dégager les interrelations entre le problème étudié et les variables : acuité, chronicité, réadaptation

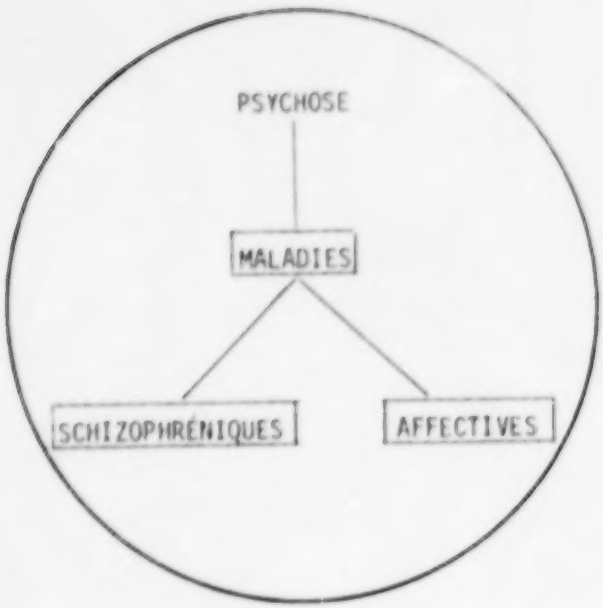
PROBLÈME CONNEXE

Acquérir des connaissances complémentaires en regard des problèmes de santé qui se rattachent à la situation présentée

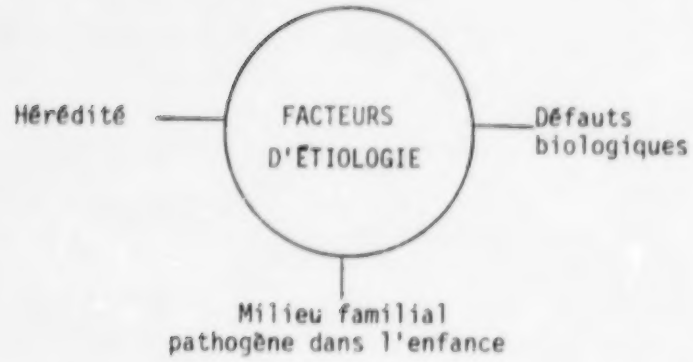
Description succincte
. de l'aspect clinique
. de la perspective soins infirmiers

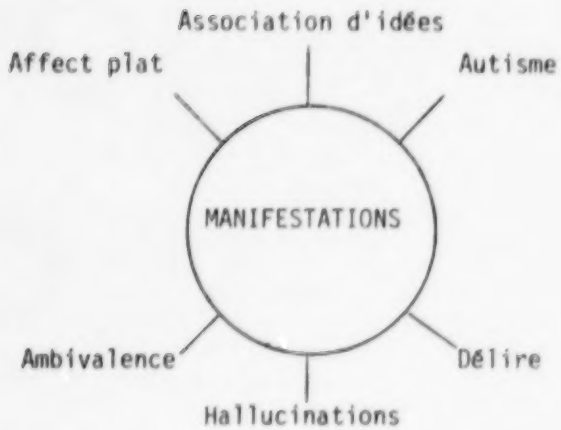
2.4.2 Modèles d'analyse

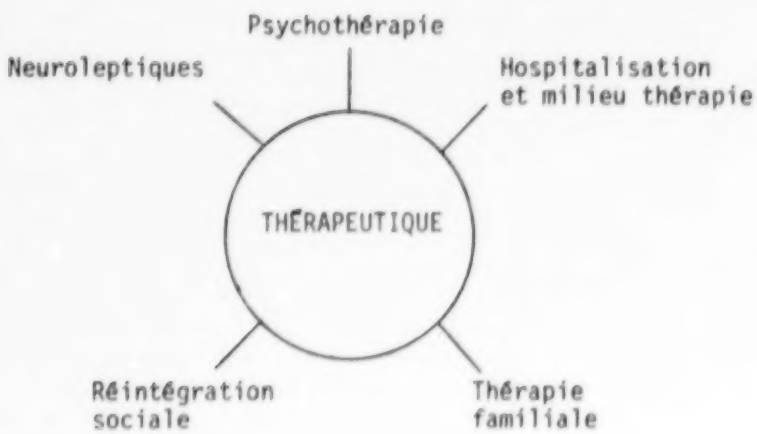
2.4.2.1 LE CLIENT PRÉSENTANT UNE RÉACTION SCHIZOPHRÉNIQUE



ASPECT CLINIQUE







PERSPECTIVE SOINS INFIRMIERS

HISTOIRE DE CAS D'UN CLIENT PRÉSENTANT UNE RÉACTION SCHIZOPHRÉNIQUE

Il y a deux semaines, Alain, un jeune homme de belle apparence, âgé de 19 ans, a été admis pour la première fois à ton unité de psychiatrie avec le diagnostic de psychose schizophrénique. Ses parents te racontent que depuis trois mois "Alain a bien changé". Ils ne reconnaissent plus le comportement de leur fils. Il avait été un bon élève au secondaire mais avait dû quitter le collège récemment, ayant échoué dans toutes ses matières. Auparavant, il était très sportif et avait gagné plusieurs médailles dans différents sports individuels (natation, athlétisme, entre autres), subissant avec succès toutes les épreuves, mais avait tout abandonné au point de ne plus faire aucun exercice. Il a aussi coupé tous les contacts avec ses amis. Alain passait la plupart du temps assis dans sa chambre à regarder d'un air vague par la fenêtre. Il avait perdu tout intérêt quant à son apparence personnelle et à ses occupations ordinaires.

Alain ne donnait aucun renseignement de sa propre initiative. Il répondait aux questions directes mais d'une voix morne, sans intonation, démunie de toute émotion. Il utilisait parfois d'étranges tournures de phrases, comme lorsqu'il qualifia son activité au collège de "complètement indifférenciée". Souvent ses réponses aux questions n'étaient pas véritablement des réponses, mais plutôt des remarques hors de propos. Tu observes également qu'il tente souvent de fuir ton regard.

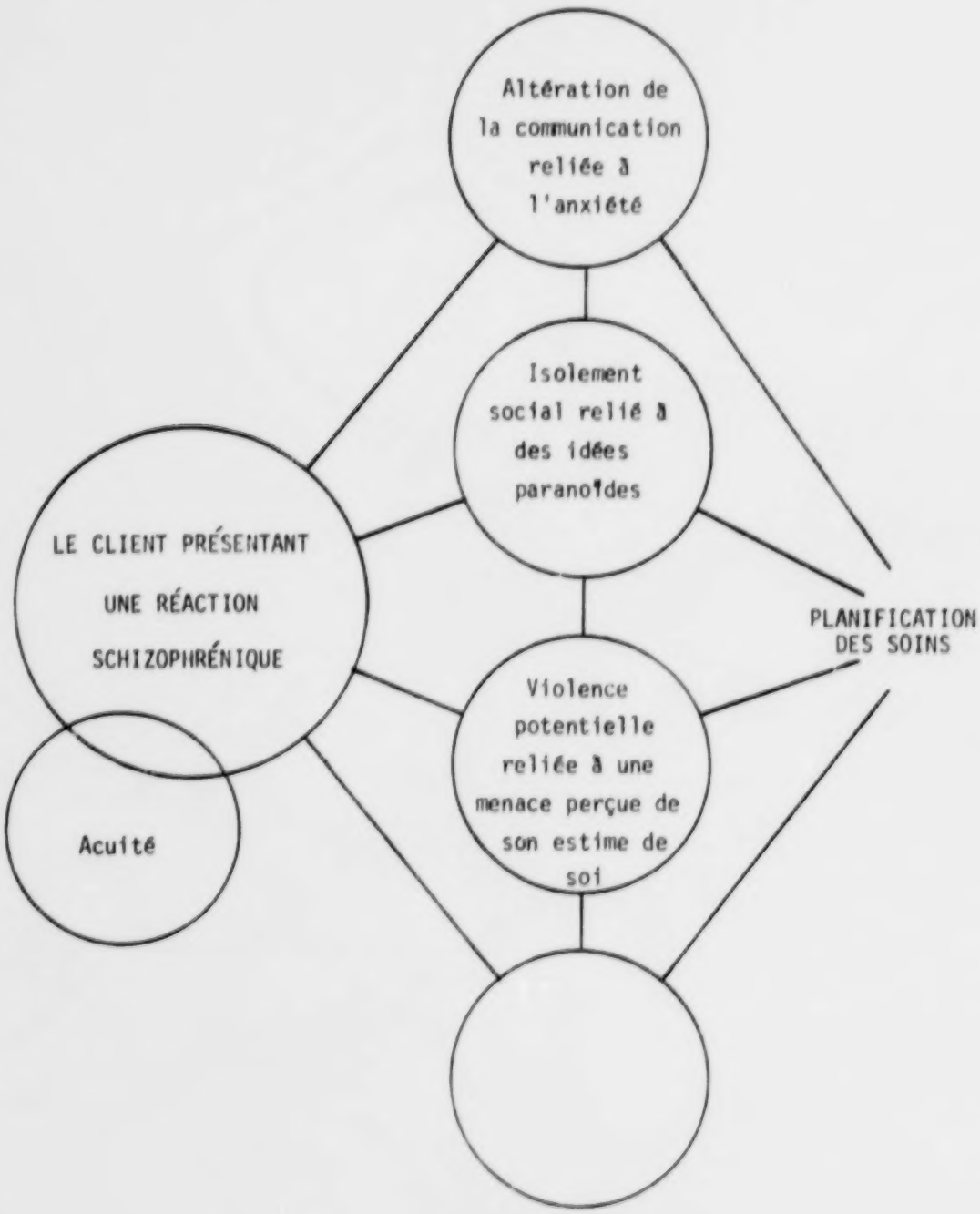
Après avoir parlé avec lui quelque temps, tu te demandes quel était au juste le sujet de la conversation. Parfois le contraste entre les paroles d'Alain et son expression émotive est très frappant. Par exemple, en parlant d'une maladie qui avait obligé sa mère à s'aliter le printemps dernier, il avait ri nerveusement.

Parfois, Alain devient soudainement agité et parle avec une intensité étrange. Par exemple, il peut parler de "sensations électriques" dans son cerveau. Il te révela dernièrement que lorsqu'il était réveillé la nuit, il entendait souvent une voix lui répéter ce commandement : "Il faudra que tu le fasses". Alain avait l'impression que d'une certaine façon, il était poussé par une force extérieure à commettre un acte de violence encore indéfini contre ses parents.

PERSPECTIVE SOINS INFIRMIERS
Diagnostic

DONNÉES	DIAGNOSTICS INFIRMIERS
La plupart du temps, il ne donnait aucun renseignement de sa propre initiative... Il utilisait parfois d'étranges tournures de phrases... répondait aux questions directes... en parlant d'une maladie aiguë qui avait obligé sa mère à s'aliter, il avait ri nerveusement	Altération de la communication reliée à l'anxiété
Il a aussi coupé tous les contacts avec ses amis... Il passait la plupart du temps assis dans sa chambre à regarder d'un air vague par la fenêtre... Il tente de fuir souvent ton regard	Isolement social relié à des idées paranoïdes
Il avait perdu tout intérêt quant à son apparence personnelle et à ses occupations ordinaires... Il avait tout abandonné au point de ne plus faire aucun exercice... Il avait l'impression que d'une certaine façon, il était poussé par une force extérieure à commettre un acte de violence encore indéfini contre ses parents	Violence potentielle reliée à une menace perçue de son estime de soi

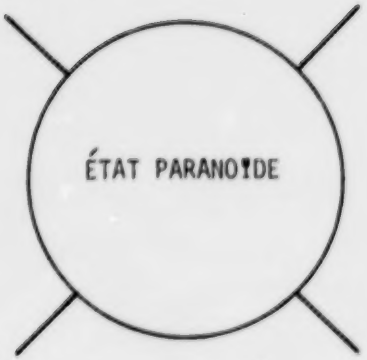
PERSPECTIVE SOINS INFIRMIERS
Variable



PROBLÈME CONNEXE

Individu méfiant

En réaction au stress



Aucun autre symptôme schizophrénique

Caractérisé par un délire
. non systématisé
. flamboyant
. rendant l'individu anxieux

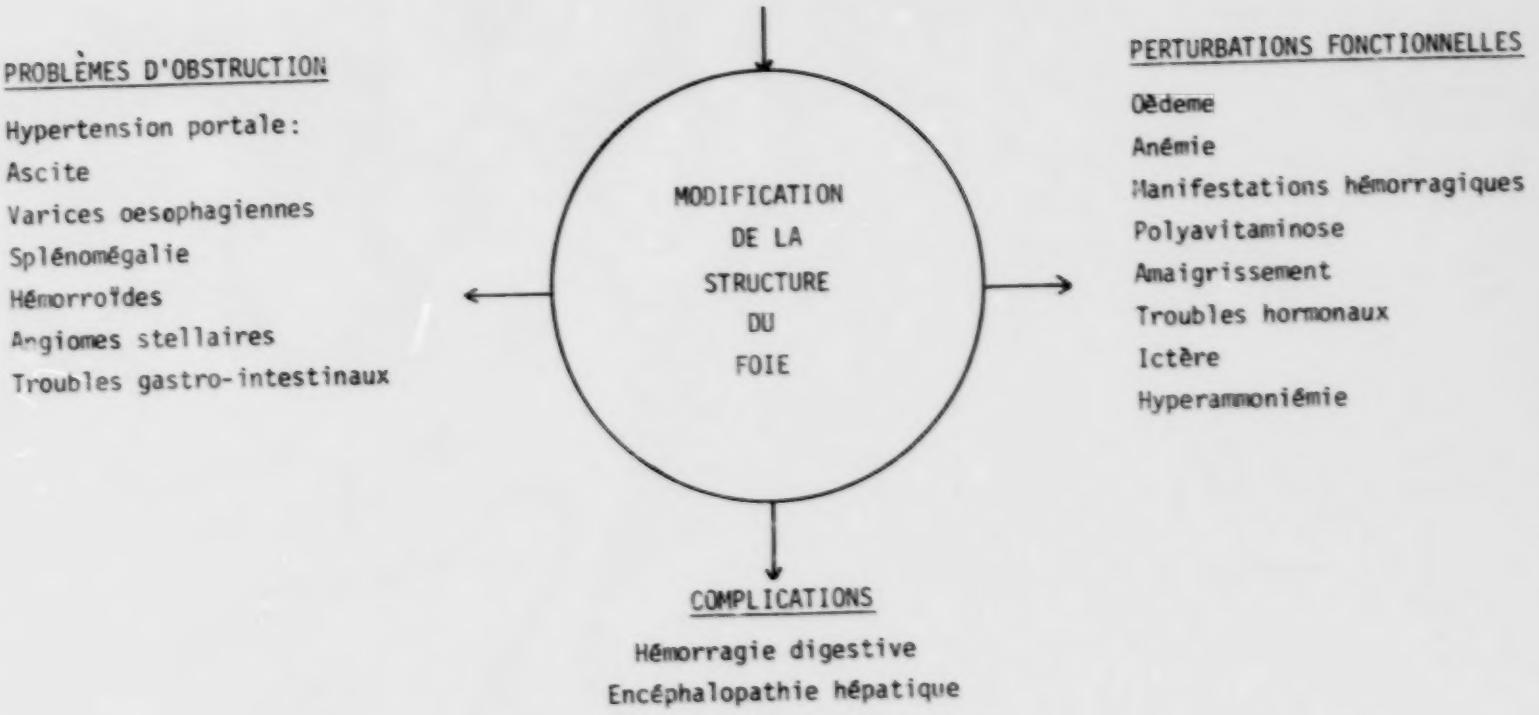
Individu
. suspicieux
. jaloux
. interprétatif
. tyrannique

Délire de persécution ou de grandeur très bien systématisé

Trait de la personnalité
. hostilité
. arrogance
. méticulosité
. rigidité

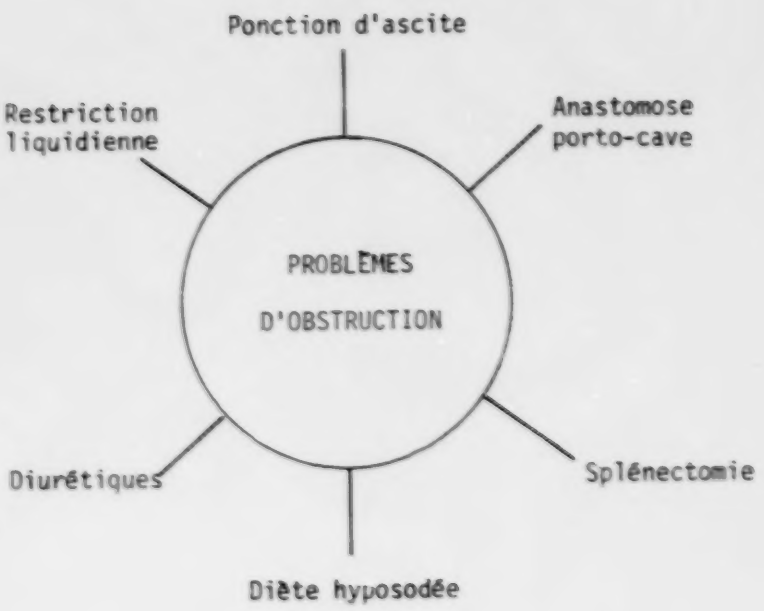
Système délirant élaboré de façon très logique à partir d'un seul concept erroné

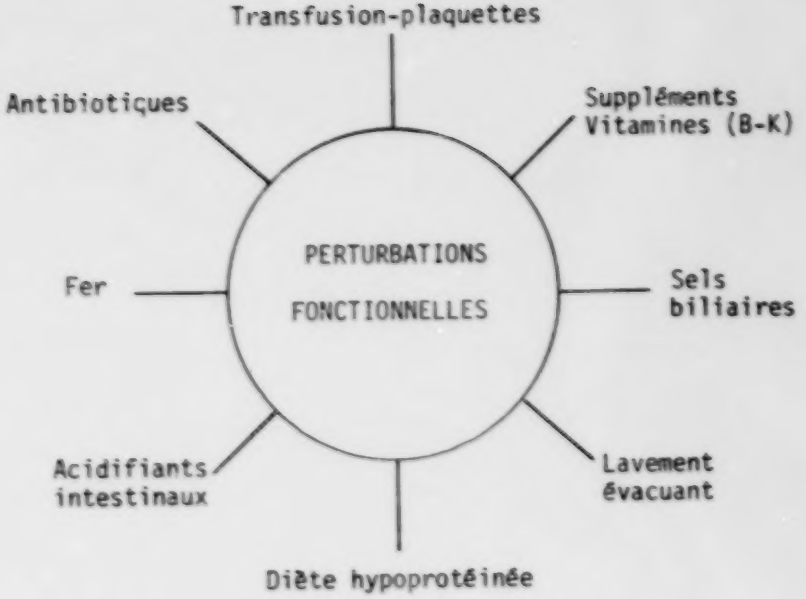
2.4.2.2 LE CLIENT PRÉSENTANT UNE CIRRHOSE DU FOIE



SUPPRESSION DE L'ALCOOL

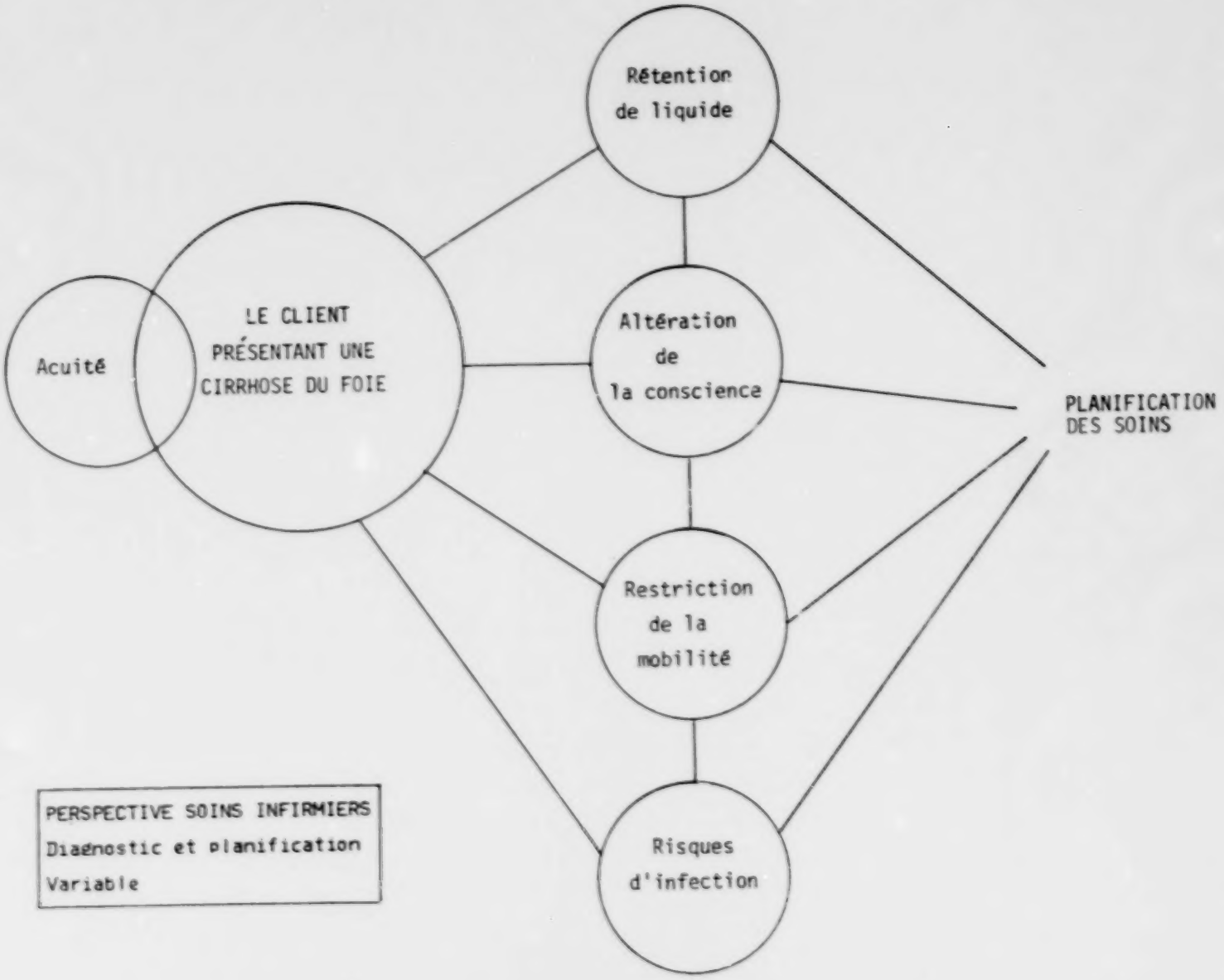
DIÈTE ÉQUILIBRÉE EN PROTIDES-LIPIDES-GLUCIDES

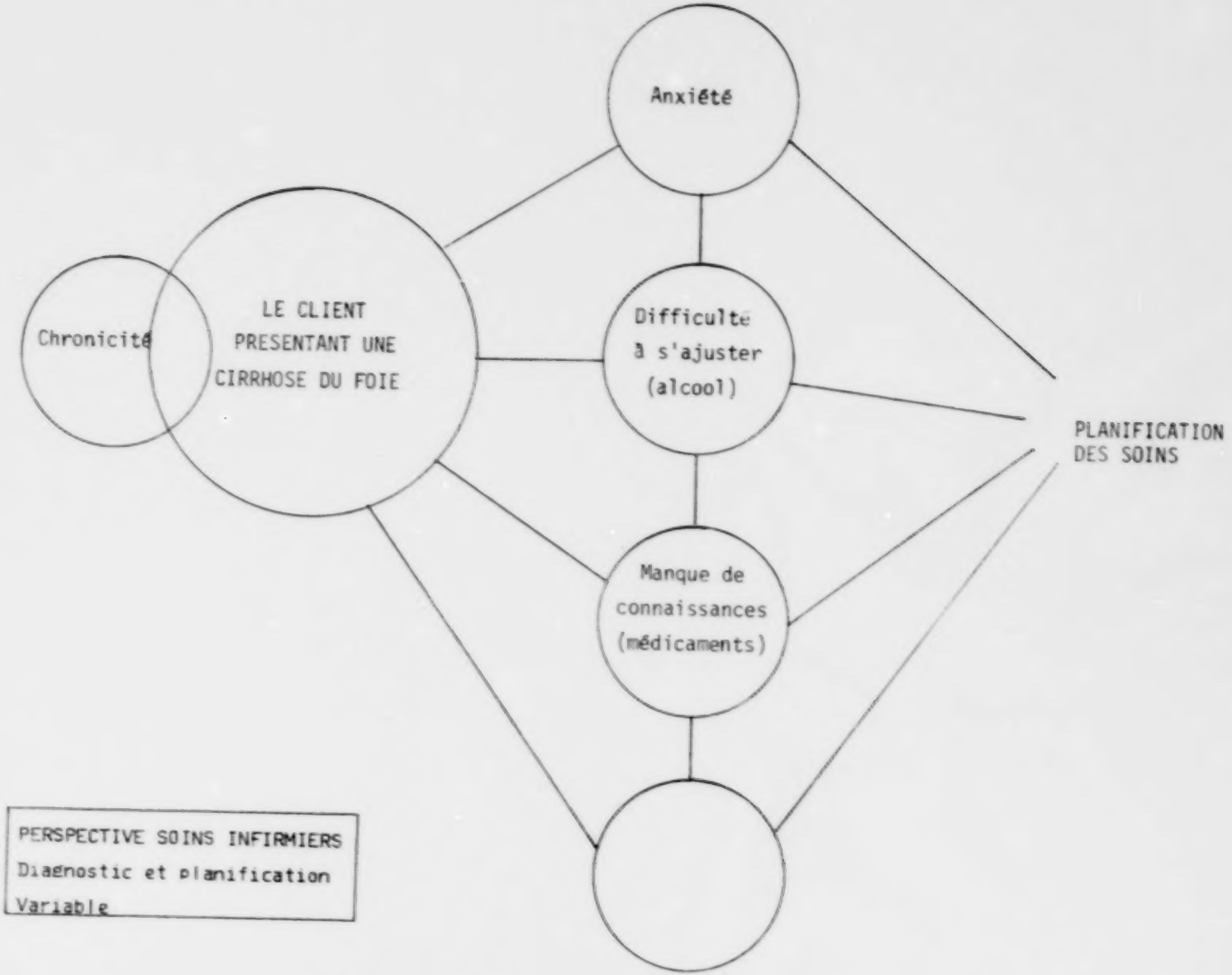




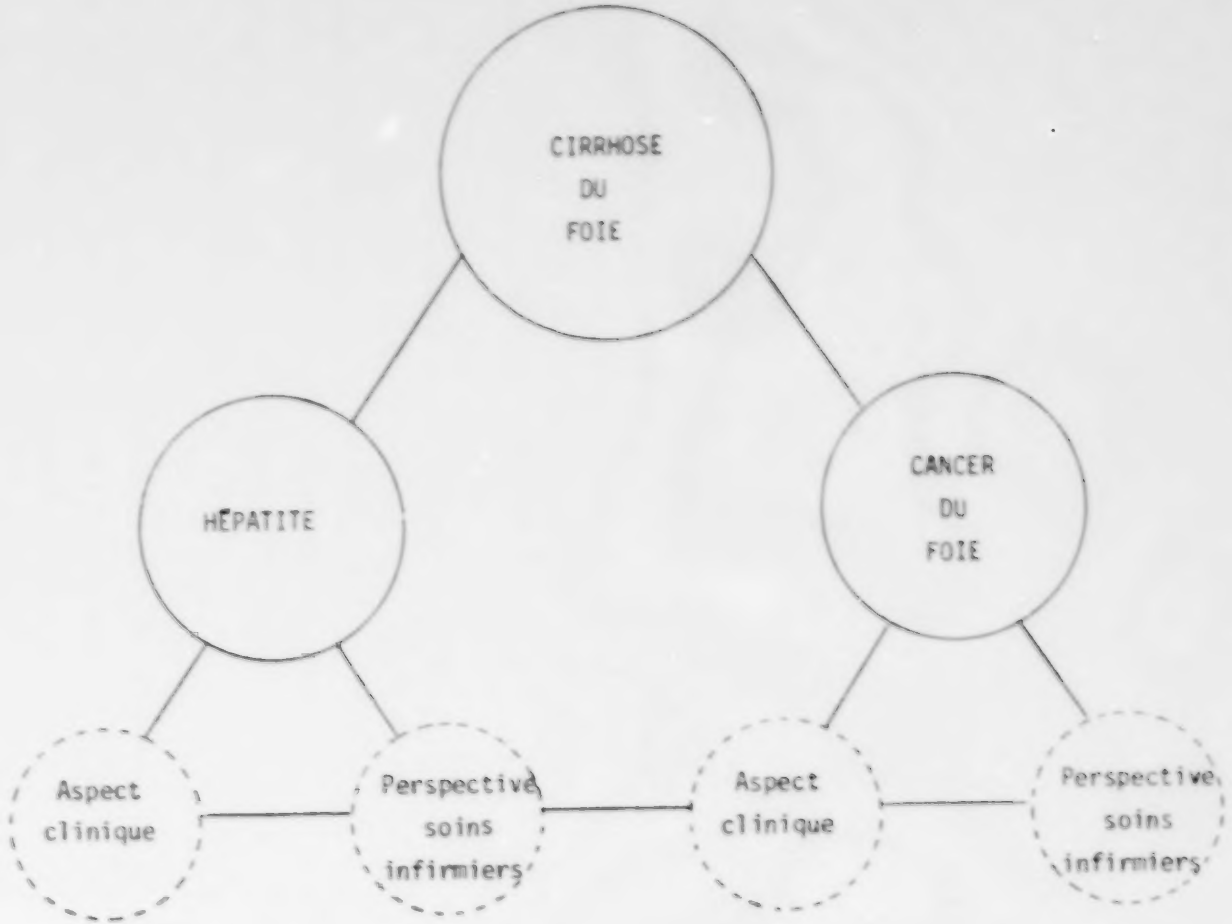
But: freiner l'aggravation de la maladie

ASPECT CLINIQUE-THÉRAPEUTIQUE


Rétention de liquide
Acuité
LE CLIENT PRÉSENTANT UNE CIRRHOSE DU FOIE
Altération de la conscience
PLANIFICATION DES SOINS
Restriction de la mobilité
Risques d'infection
PERSPECTIVE SOINS INFIRMIERS
Diagnostic et planification
Variable



PERSPECTIVE SOINS INFIRMIERS
Diagnostic et planification
Variable



PROBLEME CONNEXE

Conclusion et recommandations

Le but de cette recherche était d'élargir la méthode conceptuelle utilisée en soins infirmiers médico-chirurgicaux à l'ensemble du programme de techniques infirmières et de vérifier la pertinence de cette approche pour le diagnostic infirmier. Dans une perspective provinciale, cette recherche permettait de réviser le contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne".

Ainsi, nous avons élaboré un nouveau mode d'organisation pour ce contenu; nous avons choisi une classification de diagnostics infirmiers, celle de Jones, et avons proposé des grilles méthodologiques permettant de développer des diagnostics clés en soins infirmiers et d'analyser des problèmes prioritaires de santé.

En complément, les auteures présentent quelques recommandations permettant d'orienter l'application des résultats de cette recherche. Ces recommandations portent sur la *répartition du contenu* relié au fil conducteur "connaissance de la personne", sur *l'application d'une méthode conceptuelle* dans l'enseignement des soins infirmiers et sur *l'utilisation d'une classification de diagnostics infirmiers.*

Pour la *répartition du contenu* relié au fil conducteur "connaissance de la personne", nous présentons un modèle d'application locale qui tient compte des interrelations entre les différents éléments du contenu. Nous suggérons, au début du cours, la présentation d'une vue d'ensemble du contenu relié au fil conducteur "connaissance de la personne". Par la suite, la progression des apprentissages pourrait se faire en trois étapes :

- vue d'ensemble de la conception explicite des soins infirmiers (sessions 1 et 2);

- étude des six diagnostics clés en soins infirmiers et des variables : acuité, chronicité et réadaptation (sessions 1 et 2);

- étude de situations reliées à des événements, à des périodes de croissance et à des problèmes prioritaires de santé (sessions 1, 2, 3, 4 et 5).

Quelques situations simples pourraient être présentées en première année (sessions 1 et 2) pour illustrer les diagnostics clés en soins infirmiers et les variables. Cependant, l'ensemble des situations reliées à des événements, à des périodes de croissance et à des problèmes prioritaires de santé seraient réparties sur les deux autres années du cours (sessions 3, 4 et 5), en fonction des âges de la vie*.

La répartition du contenu en fonction des âges de la vie relève des plans d'études cadres

Ainsi, l'étude des situations permettra d'approfondir la conception explicite des soins infirmiers, de dégager les interrelations entre les diagnostics clés étudiés et d'intégrer les connaissances reliées aux autres diagnostics infirmiers retrouvés dans la classification de Jones.

Cette forme d'organisation rejoint un des principes de base de l'approche systémique*:

> L'approche systémique en éducation, consiste à revenir plusieurs fois, mais à des niveaux différents, sur ce qui doit être compris et assimilé. Elle aborde la matière enseignée par touches successives. En suivant un trajet en forme de spirale* : on fait un premier tour de l'ensemble du sujet afin de le délimiter... Puis on y revient plus en détail au risque de se répéter*.

*Pour une vision systémique de la santé : CAPRA (1983, p.306)

*L'illustration de la page couverture rejoint cette idée de spirale, de mouvement

*Rosnay (1975, p.266)

L'*application d'une méthode conceptuelle* dans l'enseignement des soins infirmiers implique une remise en question des valeurs pédagogiques. Puisque l'approche conceptuelle invite l'étudiante à se faire une idée personnelle du concept présenté et l'incite à structurer son savoir, il devient nécessaire de favoriser une plus grande participation dans le processus d'apprentissage. Ainsi les méthodes pédagogiques doivent assurer un encadrement qui permette à l'étudiante de développer progressivement son autonomie. Le travail en équipe, le séminaire, le jeu de rôle et la présentation de travaux de recherche permettront à l'étudiante de jouer un rôle plus actif dans l'activité éducative. La créativité et l'autonomie que celle-ci développera dans l'apprentissage seront transférables dans l'exercice de sa profession. L'atteinte de ces objectifs implique :

- un travail d'équipe soutenu

- des échanges fréquents sur les méthodes pédagogiques utilisées et les difficultés éprouvées

- une répartition du contenu qui évite un trop grand morcellement de la matière

- une évaluation fréquente du contenu des cours, des méthodes et des instruments pédagogiques utilisés

- une continuité et une cohérence entre les instruments pédagogiques utilisés pour l'enseignement théorique et l'enseignement clinique des soins infirmiers.

Pour l'*utilisation d'une classification de diagnostics infirmiers*, les auteures expriment certaines mises en garde. L'utilisation d'une classification de diagnostics infirmiers s'avère un outil précieux dans la pratique et l'enseignement des soins infirmiers. Elle fournit un vocabulaire permettant de nommer le problème du client et ainsi de faciliter la communication écrite et verbale. Toutefois, l'utilisation d'une classification de diagnostics infirmiers implique une certaine vigilance. Il serait dangereux de considérer cette classification comme un passe-partout. Ainsi pour réduire les risques d'erreur dans l'identification d'un diagnostic infirmier, il apparaît essentiel de développer, chez l'étudiante, des habiletés particulières en regard de la cueillette de données* et de l'analyse de celles-ci.

*Carpenito suggère des cueillettes de données spécifiques à chaque diagnostic infirmier (focus assessment criteria)

De plus, le choix d'une classification de diagnostics infirmiers ne doit pas être contraignant. Dans l'éventualité où les diagnostics infirmiers retrouvés dans la classification de Jones ne nous permettraient pas de nommer adéquatement le problème d'un client, il est possible d'utiliser les autres classifications existantes* et, si nécessaire, de proposer de nouveaux diagnostics à l'Association nord-américaine sur les diagnostics infirmiers (NANDA). Cette dernière nous suggère, pour ce faire, un guide de présentation*.

*Gordon (1982)
Campbell (1984)
Kim (1984)

*Dans Carpenito, (1983, p.519)

Soulignons, en terminant, que les résultats de cette recherche doivent être envisagés dans une perspective dynamique où ils évolueront en fonction des expériences et des connaissances nouvelles reliées au diagnostic infirmier. Ainsi, les modèles d'application présentés sont des points de départ pour alimenter la recherche, l'expérimentation et la réflexion.

Des travaux ultérieurs portant sur le processus du diagnostic infirmier, sur la notion de "problèmes cliniques"* et sur les variables reliées aux problèmes prioritaires de santé permettraient :

*Présenté dans Carpenito (1983)

- de préciser le processus du diagnostic infirmier et de l'articuler avec une conception explicite des soins infirmiers (Orem, Henderson...)

- de vérifier la pertinence des "problèmes cliniques" comme complément au diagnostic infirmier

- d'élaborer une grille méthodologique pour l'analyse des variables : acuité, chronicité et réadaptation.

Cette phrase de Joël de Rosnay illustre bien la perspective dynamique de cette recherche :

> Dans la pensée actuelle influencée par l'approche systémique, la notion de fluide remplace celle de solide. Souplesse et adaptabilité remplacent rigidité et stabilité. La causalité devient circulaire et s'ouvre sur la finalité*.

*Rosnay (1975, p. 109)

Annexes

LISTE DES CONCEPTS

AU NIVEAU LOCAL

SOINS INFIRMIERS MÉDICO-CHIRURGICAUX ET PÉDIATRIQUES

Acuité
- état de choc
- état de crise
- douleur aiguë

Chronicité
- dépendance
- douleur chronique
- déformation

Envahissement
- processus tumoral
- processus infectieux

Immobilité
- inactivité
- privation

Modification de l'image corporelle
- perte
- changement d'identité

Déséquilibre hydro-électrolytique
- déséquilibre de volume
- déséquilibre de concentration
- déséquilibre de mouvement

Réadaptation
- rééducation motrice
- rééducation sexuelle
- rééducation cardiaque

SOINS INFIRMIERS PSYCHIATRIQUES

Amour de soi
Perte
Dépendance
Agression
Suicide
Retrait

SOINS INFIRMIERS OBSTÉTRICAUX

Douleur aiguë
Crise
Modification de l'image corporelle
Prévention
Risque
Réadaptation

PROFESSION INFIRMIÈRE SANTÉ/MALADIE

Douleur
Perte - Mort
Stress - Anxiété

AU NIVEAU PROVINCIAL

Douleur
Anxiété
Séparation
Perte
Solitude
Confusion
Aliénation
Privation sensorielle

ANNEXE II

CRITÈRES DE SÉLECTION DES DIAGNOSTICS CLÉS[1] EN SOINS INFIRMIERS

DIAGNOSTICS INFIRMIERS (NURSING DIAGNOSIS TERM)	CRITÈRES DE SÉLECTION	
	Fréquence	Développement
1. Anxiety	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Dynamique "coping", mécanismes de défense (Mitchell) . Différenciation du problème : "fear"
2. Avoidance coping non-constructive	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Hypothèse : pourrait faire partie du développement de l'anxiété . Diagnostic secondaire en regard de l'anxiété
3. Bowel elimination Patterns alterations 4. Constipation 5. Diarrhea 6. Fecal Impaction 7. Fecal Incontinence 8. Cardiac output decreased 9. Cardiac overload potential 10. Peripheral tissue perfusion alteration	Ne sont pas communs à plusieurs problèmes prioritaires de santé Rejoignent une catégorie de problèmes prioritaires	. Sont trop spécifiques . Peu de possibilité de développement

1. [ ] : diagnostics clés retenus

11. Confusion	Retenu seulement par Jones Commun à plusieurs problèmes prioritaires de santé Potentiel	. Etiologie : drogue, maladie, environnement (Mitchell, p. 114) . Relève davantage des fonctions autonomes de l'infirmière . Hypothèse : diagnostic secondaire à "Sensory-Perceptual Alteration" (52)
12. Consciousness Alteration	Retenu seulement par Jones Commun à plusieurs problèmes prioritaires Potentiel	. Hypothèse : diagnostic secondaire à "Sensory-Perceptual Alteration" (52) (Mitchell, p. 333)
13. Problem-Solving Impaired : Inadequate Insight 14. Problem-Solving Impaired : Inadequate Decision Making	Communs à plusieurs problèmes prioritaires	. Peu de possibilité de développement . Rejoignent les sources de difficultés du client (Orem) . Rejoignent "the need for help" (Mitchell, p. 141)
15. Thought Disturbance	Spécifique à certains problèmes neurologiques et psychiatriques	. Hypothèse : diagnostic secondaire à l'anxiété, à "Sensory-Perceptual Alteration" (Mitchell, p. 302)
16. Discomfort	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Aspect trop général
17. Pain	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Possibilité de développement
18. Communication Impaired	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Hypothèse : diagnostic secondaire
19. Dépression	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Réaction spécifique de l'individu . Hypothèse : diagnostic secondaire

20. Developpemental Delay	Plus spécifique à un groupe d'âge : enfant, adolescent	. Vu dans la première partie du fil conducteur "connaissance de la personne"
21. Diversional Activity Deficit	N'est pas commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Trop spécifique
22. Drug/Substance Misuse 23. Drug/Dependance	Ne sont pas communs à un ensemble de problèmes prioritaires	. Reliés à "Coping"
24. Fear of	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Relié à l'anxiété qui est plus englobant (Mitchell)
25. Fluid Intake Deficit	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Trop spécifique, peu de possibilité de développement tel qu'il est nommé
26. Grieving 27. Grieving, Maladaptive	Communs à plusieurs problèmes prioritaires	. Étiologie : perte
28. Guilt unresolved	N'est pas commun à un ensemble de problèmes prioritaires	. Rejoint "Maladaptive Coping Pattern" et "Self Esteem Disturbance"
29. Health care resources utilization impaired	N'est pas commun à un ensemble de problèmes prioritaires	. Pas de possibilité de développement
30. Non adherence to medical regime	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Pas de possibilité de développement . Rejoint déficits d'Orem . Large : pas de borne
31. Infection, potential for	Commun à un ensemble de problèmes prioritaires	. Rejoint risques, prévention

32. Injury, potential for	Spécifique à certains groupes d'âge Risque relié à des problèmes prioritaires particuliers	. Peu de possibilité de développement
33. Knowledge Deficit	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Peu de possibilité de développement . Rejoint les sources de difficultés d'Orem
34. Manipulation	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Trop spécifique
35. Mobility Decreased	Commun à un ensemble de problèmes prioritaires	. Beaucoup de possibilité de développement
36. Mobility Increased 37. Motor Incoordination	Ne sont pas communs à un ensemble de problèmes prioritaires	. Trop spécifiques
38. Nutritional Deficit 39. Nutritional Excess 40. Nutritional Pattern Impaired	Communs à un ensemble de problèmes prioritaires	. Possibilité de développement . Dynamique : rejoint le contenu relié au besoin . La première partie du fil conducteur "connaissance de la personne" fournit un bagage de connaissances qui permettront à l'étudiante de choisir un diagnostic en regard de la nutrition, mais ce dernier n'est pas un focus à retenir dans le programme.
41. Airway Impaired 42. Breathing Pattern Ineffective 43. Gas Impaired Exchange	Plus spécifiques à une catégorie de problèmes prioritaires	. Dynamique : rejoint le contenu relié à un besoin

44. Sleep Pattern Disturbance 45. Rest-Activity Pattern Ineffective 46. Self-Care Deficit	Communs à un ensemble de problèmes prioritaires	. Peu de possibilité de développement . Trop spécifiques . Rejoignent un besoin . Seront développés en regard du modèle (Orem)
SELF-CONCEPT		
47. Body Image Disturbance 48. Personal Identity Disturbance 49. Role Adaptation Disturbance 50. Self-Esteem Disturbance	Communs à plusieurs problèmes prioritaires	. Hypothèse : peuvent être intégrés dans : altération de l'image de soi
51. Sexual Pattern Impaired	Commun à plusieurs problèmes prioritaires	. Fonctions autonomes de l'infirmière restreintes (rôle d'information et d'orientation) : ce qui réduit la possibilité de développement
52. Sensory-Perceptual Alteration	Commun à plusieurs problèmes prioritaires et à plusieurs groupes d'âge	. Bonne possibilité de développement
53. Skin Integrity Impaired 54. Skin Breakdown Potential	Communs à plusieurs problèmes prioritaires	. Très spécifiques . Hypothèse : secondaires à "impaired mobility"
55. Socialization Inadequate 56. Social Isolation	Communs à plusieurs problèmes prioritaires	. L'infirmière généraliste a un rôle plus restreint à ce niveau . Hypothèse : pourraient être vus avec "Sensory-Perceptual Alteration" . Plus spécifiques, circonscrits

57. Spiritual Distress	Relié à plusieurs problèmes prioritaires	. Fait trop appel aux valeurs de l'individu
58. Urinary Incontinence 59. Urinary Elimination Patterns Alteration 60. Urinary Retention	Spécifiques à une catégorie de problèmes prioritaires	. Trop circonscrits
61. Violence to Others 62. Violence to Self, Potential for	Reliés à plusieurs problèmes prioritaires	. Hypothèse : pourraient être vus avec anxiété

Les diagnostics 63 à 71 n'ont pas été analysés parce qu'ils se réfèrent au groupe familial et aux personnes importantes affectivement. L'infirmière généraliste a peu de possibilités d'action à ces niveaux, intervenant surtout auprès de l'individu.

ANNEXE III

PLAN DE DÉVELOPPEMENT
SCHMOUTH-VALOIS ET AL. (1981)

1. Définition globale	Description générale du phénomène
2. Étiologie	Événements ou changements au niveau des mécanismes d'adaptation pouvant entraîner le phénomène
3. Dynamique	Fonctions et mécanismes impliqués, le vécu de la situation, les relations personnelles associées
4. Différenciation du problème	Identification des critères pour différencier le phénomène d'un autre similaire
5. Situations ou populations à risque	Groupes, individus ou situations que l'infirmière doit considérer pour faire son diagnostic
6. Manifestations en rapport avec les sous-concepts	Données objectives et subjectives à observer, se rapportant à chaque sous-concept, qui seront utilisées pour décider si le phénomène observé convient au concept
7. État de santé recherché	Durée, direction, résultats probables ou possibles
8. Exigences de self-care thérapeutiques	Identification des exigences de self-care thérapeutiques en rapport avec les manifestations reliées à chaque sous-concept
9. Planification des actions à entreprendre	Planification des objectifs et des actions à entreprendre en fonction des exigences de self-care thérapeutiques reliées à chaque sous-concept
10. Évaluation	Critères que l'infirmière et le client peuvent utiliser pour juger de l'efficacité des actions posées en rapport avec les objectifs à atteindre

ANNEXE IV

PLAN DE DÉVELOPPEMENT DE CARPENITO

A. CHAQUE DIAGNOSTIC INFIRMIER EST DÉCRIT COMME SUIT :

Définition

Facteurs d'étiologie : facteurs reliés à la physio-pathologie, à des événements, à des périodes de croissance

Caractéristiques : signes et symptômes observés

Collecte de données spécifiques au problème

But des soins infirmiers

Principes et justification des soins

B. UN DIAGNOSTIC INFIRMIER PLUS SPÉCIFIQUE EST EXPLIQUÉ EN TERME DE :

Données subjectives et objectives

Objectifs

Interventions

Bibliographie

ADDINGTON, S.K. "An On Going Pain". Nursing, v. 13, no 4, 1983, p. 24.

AGUILERA, D.C. et J.M. MESSICK. Intervention en situation de crise: Théorie et méthodologie. 2e éd. St.-Louis : C.V. Mosby, 1976 168 p.

ALLEN, M. et al. Models of Nursing in a Changing Health Care System: A Comparative Study in Three Ambulatory Case Settings. Montréal: U. McGill, 1980.

ANDREOLI, K.G. "Self-Concept and Health Beliefs in Compliant and Non-compliant Hypertensive Patients". Nurs. Res., v. 30, no 8, 1981, pp. 323-328.

ARNELL, I. "Treating Decubitus Ulcers Two Methods that Works". Nursing, v. 13, no 6, 1983, pp. 50-57.

ASPINALL, M.J. "Nursing Diagnosis - the Weak Link". Nurs. Outlook, v. 24, no 7, 1976, pp. 433-437.

BEAUDIN, N. et al. "Le processus confusionnel chez la personne âgée". Infirmière canadienne, v. 23, no 10, 1981, pp. 28-29.

BECK, C.M. and al. Mental Health-Psychiatric Nursing. St.Louis : C.V. Mosby, 1984, 1518 p.

BERGERON, F. et J.B. XENOS. "La douleur : un mal qui s'apprivoise". Nursing Québec, v. 4, no 3, 1984, pp. 20-27.

BERGERON, F. et M.P. GREGOIRE. "Les soins infirmiers aux mourants : une spécialité à développer ou une approche à généraliser" . Nursing Québec, v. 3, no [illegible], 1983, pp. 18-23.

BEYERMAN, K. "Flawed Perceptions About Pain". Am. J. Nurs., v. 82, no 2, 1982, pp. 302-304.

BILLINGS, C.V. "Emotional First Aid". Am. J. Nurs., v. 80, no 11, 1980, pp. 2006-2009.

BIRCHER, A. "On the Development and Classification of Diagnosis". Nurs. Forum, v. 14, no 1, 1975, pp. 11-29.

BOBATH, B. Hémiplégie de l'adulte : bilan et traitement. 2e éd. Montréal : Masson, 1981, 206 p.

BOISVERT, C. "Accompagner le mourant : est-ce possible?". Infirmière canadienne, v. 22, no 6, 1980, pp. 26-27.

BOOKER, J.E. "Pain : It's All in your Patient's Head (or is it?)". Nursing, v. 12, no 3, 1982, pp. 47-51.

BOUCHARD, J.R. "Vivre de mort, mourir de vie ... vers une socio-thanatologie créatrice". Infirmière canadienne, v. 25, no 10, 1983, pp. 34-36.

BURKE, S.O. "A developmental Perspective on the Nursing Diagnosis of Fear and Anxiety". Nurs. Pap., v. 14, no 2, 1982, pp. 59-64.

CAMPBELL, C. Nursing Diagnosis and Intervention in Nursing Practice. New York : John Wiley and Sons, 1978, 1928 p.

CARLSON, C.E. et B. BLACKWELL. Les comportements humains : concepts et applications aux soins infirmiers. Paris : Editions du Centurion, 1982, 470 p.

CARNEVALI, D.L. et al. Diagnostic Reasoning in Nursing. Philadelphia : Lippincott, 1984, 244 p.

CARNEVALI, D. et S. BRUEKNER. "Immobilization Reassessment of a Concept". Am. J. Nurs., v. 70, no 5, 1970, pp. 1502-1507.

CARNEVALI, D.L. Nursing Care Planning : Diagnosis and Management. 3e éd. Philadelphia : Lippincott, 1983, 333 p.

CARNEVALI, D. et M. PATRICK. Nursing Management for the Elderly. Philadelphia : Lippincott, 1979, 569 p.

CARPENITO, L. J. Nursing Diagnosis : Application to Clinical Practice. Philadelphia : Lippincott, 1983, 540 p.

CLAVÉ, M. "L'infirmière face aux problèmes de la douleur et à la prescription d'antalgiques". Revue de l'infirmière, no 7, 1978, pp. 501-504.

COHEN, S. "Sensory Change in the Elderly. Programmed Instruction". Am. J. Nurs., v. 81, no 10, 1981, pp. 1851-1880.

CÔTÉ, Y. "Droits et libertés du mourant". Nursing Québec, v. 1, no 4, 1981 pp. 20-22.

CUMMINGS, D. "Stopping Chronic Pain Before it Starts". Nursing, v. 11, no 1, 1981, pp. 60-62.

DELISLE-LAPIERRE, I. "Apprivoiser la mort". Infirmière canadienne, v. 22, no 6, 1980, pp. 28-29.

DELISLE-LAPIERRE, I. "La signification de la mort dans le suicide". Infirmière canadienne, v. 24, no 8, 1982, pp. 28-30.

DESGROSEILLIERS, F. La perte. Montréal : Collège de Bois-de-Boulogne, 1984, 26 p.

DÉSILETS, C. "La recherche de l'identité à l'adolescence". Nursing Québec, v. 3, no 5, 1983, pp. 12-15.

DIMOND, M. and S. L. JONES. Chronic Illness across the Life Span. Connecticut : Appleton Century Crofts, 1983, 249 p.

DOLAN, M.B. "Controlling Pain in a Personal Way". Nursing, v. 12, no 1, 1982, p. 68.

DONOVAN, M. "Cancer Pain : You Can Help". Nurs. Clin. of North Am., v. 17, no 4, 1982, pp. 713-728.

DOSSEY, B. et C.E. GUZZETTA. "Nursing Diagnosis. How to Define the Problem can be Half the Solution. Here's How to Make Diagnosis Language Work for You". Nursing, v. 11, no 6, 1981, pp. 34-38.

DOWN, F.S. "Bed Rest and Sensory Disturbances". Am. J. Nurs., v. 74 no 3, 1974, pp. 434-438.

DULDT, B.W. "An Alienating Communication Hazard for Nurses". Nurs. Outlook., v. 29, no 11, 1981, pp. 640-644.

DULDT, B.W. "Anger : An Occupational Hazard for Nurses". Nurs. Outlook, v. 29, no 9, 1981, pp. 510-518.

DULDT, B.W. "Helping Nurses to Cope with the Anger-Dismay Syndrome". Nurs. Outlook, v. 30, no 3, 1982, pp. 168-174.

FAWCETT, J. and S. FRYE. "An Exploratory Study of Body Image Dimensionality". Nurs. Res., v. 29, no 5, 1980, pp. 324-327.

FEHRING, R.J. Validating Diagnostic Labels : Standardized Methodology. St. Louis : Sixth Conference on Classification of Nursing Diagnoses, 1984, (abstract).

FEILD, L. "The Implementation of Nursing Diagnosis in Clinical Practice". Nurs. Clin. of North Am., v. 14, no 3, 1979, pp. 497-508.

FENNER, K. "Developing a Conceptual Framework". Nurs. Outlook, v. 27, no 2, 1979, pp. 122-126.

FORTIN, G. et C. ALLARD. "L'anxiété vécue chez les nouveaux parents". Infirmière canadienne, v. 26, no 2, 1984, pp. 12-14.

FORTIN, J.D. et J. RABINOW. "Legal Implications of Nursing Diagnosis". Nurs. Clin. of North Am., v. 14, no 3, 1979, pp. 553-561.

FRECHETTE, L. "L'enfant seul au pays des géants". Infirmière canadienne, v. 23, no 7, 1981, pp. 28-30.

FREDETTE, S.L. and F.S. GLORIANT. "Nursing Diagnosis in Cancer Chemotherapy- in Theory and in Practice". Am. J. Nurs., v. 81, no 11, 1981, pp. 2013-2022.

FREDETTE, S. and K. O'CONNOR. "Nursing Diagnosis in Teaching and Curriculum Planning". Nurs. Clin. of North Am., v. 14, no 3, 1979, pp. 541-552.

FULLER, S.S. "Holistic Man and the Science and Practice of Nursing". Nurs. Outlook, v. 26, no 11, 1978, pp. 700-704.

GARANT, C. "Stalls in the Therapeutic Process". Am. J. Nurs., v. 80 no 12, 1980, pp. 2166-2169.

GORDON, M. "Determining Study Topics". Nurs. Res., v. 29, no 2, 1980, pp. 83-87.

GORDON, M. Manual of Nursing Diagnosis. New York : McGraw-Hill, 1982, 227 p.

GORDON, M. "Nursing Diagnosis and the Diagnostic Process". Am. J. Nurs., v. 76, no 8, 1976, pp. 1298-1300.

GORDON, M. et al. "Nursing Diagnosis : Looking at its Use in the Clinical Area". Am. J. Nurs., v. 80, no 4, 1980, pp. 672-674.

GORDON, M. Nursing Diagnosis : Process and Application. New York : McGraw-Hill, 1982, 387 p.

GORDON, M. "Predictive Strategies in Diagnostic Tasks". Nurs. Res. v. 29, no 1, 1980, pp. 39-45.

GORDON, M. "The Concept of Nursing Diagnosis". Nurs. Clin. of North Am., v. 14, no 3, 1979, pp. 487-496.

GOSSELIN, D. Le retrait. Montréal : Collège de Bois-de-Boulogne, 1982, 25 p.

GRUENDEMANN, B.J. "The Impact of Surgery on Body Image". Nurs. Clin. of North Am., v. 10, no 4, 1975, pp. 635-643.

GUAY, L. "L'infirmière et la mort". Infirmière canadienne, v. 24, no 4, 1982, pp. 37-39.

GULINO, C.K. "Entering the Mysterious Dimension of Other : An Existential Approach to Nursing Care". Nurs. Outlook, v. 30, no 6, 1982, pp. 352-357.

HABER, J. et al. Le nursing en psychiatrie : pour une vision globale. Montréal : H.R.W., 1979, 724 p.

HAMEL, M. et L. SÉNÉCAL. "Désamorcer l'escalade du comportement agressif". Nursing Québec, v. 4, no 3, 1984, pp. 35-39.

HEIDRICH, G. and S. PERRY. "Helping the Patient in Pain". Am. J. Nurs., v. 82, no 12, 1982, pp. 1828-1833.

HEIDT, P. "Effect of Therapeutic Touch on Anxiety Level of Hospitalized Patients". Nurs. Res., v. 30, no 1, 1981, pp. 32-37.

HÉLIE, F. "Une enquête auprès des opérés fournit des moyens utiles contre l'anxiété". Infirmière canadienne, v. 22, no 6, pp. 14-17.

HILL, B.J. "Sensory Information, Behavioral Instructions and Coping with Sensory Alteration Surgery". Nurs. Res., v. 31, no 1, 1982, pp. 17-21.

HIPPS, O.S. "The Integrated Curriculum : the Emperon is Naked". Am. J. Nurs., v. 81, no 5, 1981, pp. 976-980.

HORSLEY, J.A. and al. Pain : Deliberative Nursing Interventions. U.S.A. : Grune and Stratton, 1982, 140 p.

INTERMED COMMUNICATIONS "Nursing Update : Antianxiety Agents". Nursing, v. 13, no 4, 1983, pp. 25-26.

JALOWIEC, A. and M.J. POWERS. "Stress and Coping in Hypertensive and Emergency Room Patients". Nurs. Res., v. 30, no 1, 1981, pp. 10-15.

JASMIN, S.A. and al. "Keeping your Delicate Balance : the Art of Managing Stress". Nursing, v. 11, no 6, 1981, pp. 53-57.

JOMPHE-HILL, A. "La prévention : les différentes étapes". Nursing Québec, v. 3, no 3, 1983, pp. 12-15.

JONES, P. et D.F. JAKOB. "Nursing Diagnosis : Differentiating Fear and Anxiety". Nurs. Pap., v. 13, no 4, 1981, pp. 20-29.

JONES, P.E. The Definition of Nursing Diagnoses : Phase 3 and Final Report. Toronto : U. of Toronto, 1982, 99 p.

JULIEN, C. "Dominer la douleur". Infirmière canadienne, v. 26, no 3, 1984, pp. 36-38.

KELLY, L. Y. "Nursing Image - A Question of Identity". Nurs. Outlook, v. 28, no 3, 1980, p. 202.

KIM, M.J. et D.A. MORITZ. Classification of Nursing Diagnosis: Proceeding of the Third and Fourth National Conference. New York : McGraw-Hill, 1982, 424 p.

KIM, M.J. et al. Classification of Nursing Diagnoses : Proceedings of the Fifth National Conference. St. Louis : C.V. Mosby, 1984, 626 p.

KIM, M.J. "Nursing Diagnosis in Critical Care". Dimen. Crit. Care Nurs., v. 2, no 1, 1983, pp. 5-6.

KIM, M.J. et al. Pocket Guide to Nursing Diagnoses. St. Louis : C.V. Mosby, 1984, 137 p.

KISSINGER, J.F. et al. "Teaching Medical-Surgical Nursing by Concepts". Nurs. Outlook, v. 22, no 10, 1974, pp. 654-658.

KNOWLES, R.D. "Coping with Lethargy". Am. J. Nurs., v. 81, no 8, 1981, p. 1465.

KNOWLES, R.D. "Disputing Irrational Thoughts". Am. J. Nurs., v. 81, no 4, 1981, p. 735.

KNOWLES, R.D. "Handling Anger : Responding vs. Reacting". Am. J. Nurs., v. 81, no 12, 1981, p. 2196.

KNOWLES, R.D. "Handling Depression By Identifying Anger". Am. J. Nurs., v. 81, no 5, 1981, p. 968.

KNOWLES, R.D. "Handling Depression Through Positive Reinforcement". Am. J. Nurs., v. 81, no 7, 1981, p. 1353.

KNOWLES, R.D. "Managing Angry Feelings". Am. J. Nurs., v. 82, no 2, 1982, p. 299.

KNOWLES, R.D. "Managing Anxiety". Am. J. Nurs., v. 81, no 1, 1981, pp. 110-111.

KNOWLES, R.D. "Managing Guilt". Am. J. Nurs., v. 81, no 10, 1981, p. 1850.

KNOWLES, R.D. "Overcoming Guilt and Worry". Am. J. Nurs., v. 81, no 9, 1981, p. 1663.

KNOWLES, R.D. "Positive Self-Talk". Am. J. Nurs., v. 81, no 3, 1981, p. 535.

KNOWLES, R.D. "Preventing Anger". Am. J. Nurs., v. 82, no 1, 1982, p. 118.

KNOWLES, R.D. "Worry Journal and Guilty Time". Am. J. Nurs., v. 81, no 11, 1981, p. 2035.

KOPAC, C.A. "Sensory Loss in the Aged : the Role of the Nurse and the Family". Nurs. Clin. of North Am., v. 18, no 2, 1983, pp. 373-383.

KOZIER, B. et G. ERB. Soins infirmiers : une approche globale. Montréal : Ed. du Renouveau pédagogique, 1983, 1142 p.

KÜBLER-ROSS, E. Les derniers instants de la vie. Genève : Labor et Fides, 1975, 280 p.

LAMONICA, E. The Nursing Process. U.S.A. : Addison-Wesley; Medical-Nursing Division, 1979, 542 p.

LASH, A.A. "A Re-Examination of Nursing Diagnosis". Nurs. Forum, v. 17, no 4, 1978, pp. 332-343.

LAWRENCE, S.A. et R.M. LAWRENCE. "Curriculum Development : Philosophy, Objectives and Conceptual Framework". Nurs. Outlook, v. 31, no 3, 1983, pp. 160-163.

L'ÉCUYER, R. La genèse du concept de soi. (théorie et recherches), Sherbrooke : Naaman; «Psycho-Péda»., 1975, 344 p.

LENTZ, M. "Selected Aspects of Deconditioning Secondary to Immobilization". Nurs. Clin. of North Am., v. 16, no 4, 1981, pp. 729-737.

LESLIE, F.M. "Nursing Diagnosis : Use in Long-term Care". Am. M. Nurs., v. 81, no 5, 1981, pp. 1012-1014.

LÉVESQUE-CARDINAL, S. et al. "Une application du concept 'image de soi' selon le modèle de Roy". Infirmière canadienne, v. 24, no 10, 1982, pp. 32-36.

LINDENMUTH, J.E. and al. "Sensory Overload". Am. J. Nurs., v. 80, no 8, pp. 1456-1458.

LITTLE, D.E. et D.L. CARNEVALI. Nursing Care Planning. Philadelphia : Lippincott, 1976, 339 p.

LUNNEY, M. "Nursing Diagnosis : Refining the System". Am. J. Nurs., v. 82, no 3, 1982, pp. 456-459.

MAHON, N.E. "The Relationship of Self-Disclosure, Interpersonal Dependency, and Life Changes to Loneliness in Young Adults". Nurs. Res., v. 31, no 6, 1982, pp. 343-347.

MAMO, H. "Données physiologiques sur la douleur". Revue de l'infirmière, no 7, 1978, pp. 505-510.

MANFREDI, C. and M. PICKETT. "The Take Time Series : A Program on Coping with Stress". Nurs. Forum, v. 20, no 3, 1981, pp. 322-328.

MARCUS, J. "All Wanted Just One - Pain Relief". Nursing, v. 13, no 8, 1983, pp. 50-51.

MC CAFFERY, M. Nursing Management of the Patient with Pain. 2e éd. Philadelphia : Lippincott, 1979, 340 p.

MC CAFFERY, M. "Relieving Pain with Non-invasive Techniques". Nursing, v. 10, no 12, 1980, pp. 55-57.

MC CAFFERY, M. "Understanding Your Patient's Pain". Nursing, v. 10 no 9, 1980, pp. 26-31.

MC CAFFERY, M. "When your Patient's Still in Pain Don't Just Do Something : Sit There". Nursing, v. 11, no 6, 1981, pp. 58-61.

MC GUIRE, L. and al. "Managing Pain ... in the Young Patient ... in the Elderly Patient". Nursing, v. 12, no 8, 1982, pp. 52-57.

MC KAY, R.P. "What is the Relationship between the Development and Utilisation of a Taxonomy and Nursing Theory?". Nurs. Res., v. 26, no 3, 1977, pp. 222-224.

MEINHART, N. et M. MC CAFFERY. Pain a Nursing Approach to Assesment and Analysis. Connecticut : Appleton Century Crofts, 1983, 390 p.

MEISSNER, J.E. "Measuring Patient Stress with the Hospital Stress Rating Scale". Nursing, v. 10, no 8, 1980, pp. 24-25.

MELZACK, R. et P.D. WALL. Le défi de la douleur. Montréal : Editions universitaires internationales; Chenelière et Stanké Ltée, 1982, 413 p.

MIMS, F.H. "Sexual Stress : Coping and Adaptation". Nurs. Clin of North Am., v. 17, no 3, 1982, pp. 395-405.

MISIK, I. "About Using Restraints - with Restraint". Nursing, v. 11, no 8, 1981, pp. 50-55.

MITCHELL, P.H. and A. LOUSTAU. Concepts Basic to Nursing. 3e éd. New York : Mc Graw-Hill, 1981, 688 p.

MULLER, R.A. and L. PELCZYNSKI. "You Can Control Cancer Pain with Drugs". Nursing, v. 12, no 6, 1982, pp. 50-57.

MUNDINGER, M.O. et G.D. JAURON. "Developing a Nursing Diagnosis". Nurs. Outlook, v. 23, no 2, 1975, pp. 94-98.

MUNLEY, M.J. et M.C. KEANE. "Symposium on Impressions of Pain : A Nursing Diagnosis. Forework". Nurs. Clin. of North Am., v. 12, no 4, 1977, pp. 609-611.

MURRAY, J.T. "Psychiatric Problems : Spotting the Warning Signals". Nursing, v. 10, no 4, 1980, p. 13.

NORRIS, C.M. "Restlessness : A Nursing Phenomenon in Search of Meaning". Nurs. Outlook, v. 23, no 2, 1975, pp. 103-107.

O'DONNELL, L. et B. POPCIAK. "When all Else Fails Continuous Morphine Infusion for Controlling Intractable Pain". Nursing, v. 11, no 8, 1981, pp. 69-72.

O.I.I.Q. Anxiété : Identification et intervention. Montréal : O.I.I.Q., 1980, 36 p.

O.I.I.Q. Compréhension des mécanismes de défense. Montréal : O.I.I.Q., 1980, 36 p.

O.I.I.Q. Pour mieux comprendre l'hostilité. Montréal : O.I.I.Q., 1974, 31 p.

OLSON, E.Y. "The Hazards of Immobility". Am. J. Nurs., v. 67, no 4, 1967, pp. 780-797.

PARKER, K.P. "Anxiety and Complications in Patients on Hemodialysis". Nurs. Res., v. 30, no 6, 1981, pp. 334-336.

PERRY, A.G. "Nursing Diagnosis Research". J. Neurosurg. Nurs., v. 14 no 2, 1982, pp. 108-111.

PERRY, S.W. et G. HEIDRICH. "Placebo Response : Myth and Matter". Am. J. Nurs., v. 81, no 4, 1981, pp. 720-725.

PISARCIK, G.K. "Psychiatric Emergencies and Crisis Intervention". Nurs. Clin. of North Am., v. 16, no 1, 1981, pp. 85-93.

PLATT-KOCH, L.M. "Boderline Personality Disorder : A Therapeutic Approach". Am. J. Nurs., v. 83, no 12, 1983, pp. 1666-1671.

POPKESS, S. "Diagnosing your Patients' Strengths". Nursing, v. 11, no 7, 1981, pp. 34-37.

PRICE, M.R. "Nursing Diagnosis : Making a Concept Come Alive". Am. J. Nurs., v. 80, no 4, 1980, pp. 668-671.

PURUSHOTHAM, D. "Nursing Diagnosis : a Vital Component of the Nursing Process". Can. Nurse, v. 77, no 6, 1981, pp. 46-48.

Québec (Province). Conseil des affaires sociales et de la famille. Des problèmes prioritaires. Québec : le Conseil, 1983, 189 p. (La santé des Québécois).

Québec (Province). Conseil des affaires sociales et de la famille. Des victoires sur la mort. Québec : le Conseil, 1983, 78 p. (La santé des Québécois).

Québec (Province). Conseil des affaires sociales et de la famille. Durée ou qualité de la vie? Québec : le Conseil, 1983, 70 p. (La santé des Québécois).

Québec (Province). Conseil des affaires sociales et de la famille. Les coûts de la maladie. Québec : le Conseil, 1983, 50 p.

RAINVILLE, T. "Vers un nursing holiste". Infirmière canadienne, v. 26, no 3, 1984, pp. 20-23.

RAWNSLEY, M.M. "Toward a Conceptual Base for Affective Nursing". Nurs. Outlook, v. 28, no 4, 1980, pp. 244-247.

REINISCH, E.S. "Quick Assessment of Hemiplegic's Functioning". Am. J. Nurs., v. 81, no 1, 1981, pp. 102-104.

RIEHL, J.P. et Sister C. ROY. Conceptual Models for Nursing Practice. Connecticut : Appleton Century Crofts, 1974, 309 p.

RIFFEE, D.M. "Self-Esteem Changes in Hospitalized School-Age Children", Nurs. Res., v. 30, no 2, 1981, pp. 94-97.

ROSENBAUM, M.S. "Depression : What to Do, What to Say?". Nursing, v. 10, no 8, 1980, pp. 65-66.

ROUTIER, P. "En côtoyant la vieillesse et la mort : les dessous d'une réaction". Nursing Québec, v. 4, no 1, 1983, pp. 18-21.

ROY, C. SR. "A Diagnostic Classification System for Nursing". Nurs. Outlook, v. 23, no 2, 1975, pp. 90-93.

ROY, C. SR. Introduction to Nursing : An Adaptation Model. New Jersey: Prentice Hall Inc., 1976, 402 p.

ROYER, C. "Plaidoirie pour l'enfant hospitalisé". Nursing Québec, v. 2, no 5, 1982, pp. 19-20.

SABA, V. Amour de soi. Montréal : Collège de Bois-de-Boulogne, 1983, 18 p.

SCHMOUTH-VALOIS, D.; L. RAHAL; G. PRÉMONT et C. OUIMET. Développement et application d'une méthode conceptuelle dans l'enseignement du nursing médico-chirurgical. Montréal : Collège de Bois-de-Boulogne, 1981, 201 p.

SCHMOUTH-VALOIS, D.; L. RAHAL; G. PRÉMONT et C. OUIMET. Les déviations de santé chez l'adulte : une approche conceptuelle en soins infirmiers. Montréal : Collège de Bois-de-Boulogne, 1983, 116 p.

SCHMOUTH-VALOIS, D.; L. RAHAL et C. OUIMET. "Une approche conceptuelle dans l'enseignement des soins infirmiers médico-chirurgicaux". Infirmière canadienne, v. 25, no 7, 1983, pp. 31-32.

SCHOEN, D.C. "Comparing the Body-Systems and Conceptual Approaches to Nursing Education". Nurs. Res., v. 24, no 5, 1975, pp. 383-387.

SCOTT, D.W. "Anxiety, Critical Thinking and Information Processing During and After Breast Biopsy". Nurs. Res., v. 32, no 1, 1983, pp. 24-28.

SCULLY, R. "Stress in the Nurse". Am. J. Nurs., v. 80, no 5, 1980, pp. 911-918.

SÉGUIN-LANGLOIS, M. "La privation sensorielle chez la personne âgée". Infirmière canadienne, v. 24, no 7, 1982, pp. 12-15.

SELYE, H. Stress sans détresse. Montréal : Les éditions La Presse, 1974, 175 p.

SHAMANSKY, S. and C.L. CLANSEN. "Levels of Prevention : Examination of the Concept". Nurs. Outlook, v. 28, no 2, 1980, pp. 104-108.

SHORTRIDGE, L.M. et J.E. LEE. Introduction à la profession infirmière. New York : Mc Graw-Hill, 1982, 608 p.

SMITH, C.E. "Abdominal Assessment". Nursing, v. 11, no 2, 1981, pp. 42-49.

SMITHERMAN, C. "Your Patient's Angry : What Should You Do?". Nursing, v. 11, no 11, 1981, pp. 48-49.

SMITHERMAN, C. "Your Patient's Anxious : What Should You Do?". Nursing, v. 11, no 10, 1981, pp. 26-27.

SPENCE, A. et E.B. MASON. Anatomie et physiologie : une approche intégrée. Montréal : Editions du Renouveau pédagogique, 1983, 860 p.

STANITIS, M.A. and J. RYAN. "Noncompliance An Unacceptable Diagnosis?". Am. J. Nurs., v. 82, no 6, 1982, pp. 941-942.

STOCKARD, S. "Caring For the Sexually Aggressive Patient : You Don't Have to Blush and Bear it". Nursing, v. 11, no 11, 1981, pp. 66-68.

THOMPSON, L.R. "Sensory Deprivation : A Personnal Experience". Am. J. Nurs., v. 73, no 2, 1973, pp. 266-268.

TILTON, C.N. and M. MALOOF. "Diagnosing the Problem in Stroke". Am. J. Nurs., v. 82, no 4, 1982, pp. 596-601.

TITLER, M.G. Baccalaureate Nursing Education : Teaching Patho-Physiology with a Nursing Diagnosis Framework. St. Louis : Sixth Conference on Classification of Nursing Diagnoses, 1984, (abstract).

TOMPKINS, E.S. "Effect of Restricted Mobility and Dominance on Perceived Duration". Nurs. Res., v. 29, no 6, 1980, pp. 333-338.

TURSZ, T. "La douleur des cancéreux". Revue de l'infirmière, no 7, 1978, pp. 515-516.

VERNY, T. La vie secrète de l'enfant avant sa naissance. Paris : Grasset, 1981, 270 p.

WACHTER, S. "The Elderly Patient in Pain and the Acute Care Setting". Nurs. Clin. of North Am., v. 18, no 2, 1983, pp. 395-401.

WELLS, N. "The Effect of Relaxation on Postoperative Muscle Tension and Pain". Nurs. Res., v. 31, no 4, 1982, pp. 236-238.

WESEMAËL, M. "La personne âgée". Nursing Québec, v. 2, no 3, 1982, pp. 16-18.

WEST, A.B. "Understanding Endorphins : Our Natural Pain Relief System". Nursing, v. 11, no 2, 1981, pp. 50-53.

WILEY, L. 'Nursing Care of a Suicidal Adolescent". Nursing, v. 10, no 4, 1980, pp. 56-59.

WILLIAMS, A.B. "Rethinking Nursing Diagnosis". Nurs. Forum, v. 19, no 4, 1980, pp. 357-363.

WILSON, H.S. et C.R. KNEISL. Soins infirmiers psychiatriques. Montréal : Ed. du Renouveau pédagogique, 1982, 833 p.

WONG, J. et al. "A Conceptual Approach to the Development of Motivational Strategies". J. Adv. Nurs., v. 8, no 2, 1983, pp. 111-116.

WRIGHT, Y. "From I.V. to P.O. Titrating Your Patient's Pain Medication". Nursing, v. 11, no 7, 1981, pp. 39-44.

AJOUTS:

BOLIN, R.H. "Sensory Deprivation : An Overview". Nurs. Forum, v. 13, no 3, 1974, pp. 240-259.

CAPRA, F. Le temps du changement. Monaco : éd. du Rocher, 1983, 410 p.

FORTIN, J. "Mourir dans la dignité". Infirmière canadienne, v. 26, no 6, 1984, pp. 16-19.

FREDETTE, S.L. "When the Liver Fails". Am. J. Nurs., v. 84, no 1, 1984, pp. 64-67.

LEMAY, C. "La mort ... un défi". Infirmière canadienne, v. 26, no 6, 1984, pp. 28-29.

PÉTRILLO, M. et S. SANGER. Nursing psycho-social en pédiatrie. Montréal : H.R.W., 1976, 261 p.

ROSNAY, J. de. Le macroscope. Paris : éd. du Seuil, 1975, 314 p.